



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

### Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

### About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



## Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

## Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

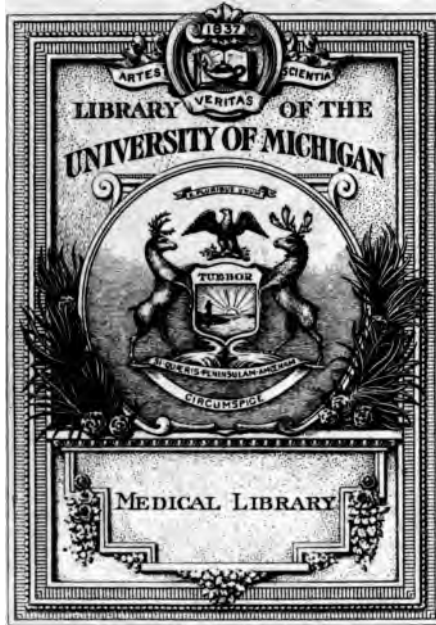
- + *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
- + *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
- + *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
- + *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

## Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter <http://books.google.com> durchsuchen.



*Excerpta medica*  
*1897/1898.*





610.5  
E95



# **Excerpta medica.**

**Kurze monatliche Journalauszüge**  
**aus der gesamten Fachliteratur**  
**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

**Herausgegeben**

**von**

**Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.**



**Siebenter Jahrgang 1897/98.**



**BASEL und LEIPZIG**  
**VERLAG von CARL SALLMANN**  
1898.

4

Medical  
Miller  
1-29-27  
13902

## Inhalts-Verzeichniss.

### A.

- Abscesse, Eucaïn 51, Menthoxol, Camphoroxol 157, Xeroform 357 dabei.
- Acid. boric. bei Lidexzem 500.
- carbolic. bei Fusschweiss 61, Furunkel 403; Intoxication mit A. 403.
- chromic. bei Handschweiss 62.
- cinnamyl. bei Tuberculose 77.
- osmic. bei Trigemimusneuralgie 327.
- salicyl. bei Akne 254, 256, Ekzem 260, 500, Pityriasis versicolor 27, 28.
- sulfuric. zur Desinfection 355.
- Aconitin, Intoxication 280.
- Adon. vernal. bei Epilepsie 260, 399.
- Aether, gemischte A.-Chloroformnarkose 156; Spray bei Malariamilztumor 568.
- Agrypnie, Trional 389, 390.
- Airol, Intoxication 108, Nebenwirkungen 142.
- Akne, Therapie der A. simplex et rosacea 197, 253, 301, 349.
- Albuminurie nach Chloroformnarkose 4.
- Albumosurie, alimentäre 296.
- Alkaptonurie bei Magendarmkatarrh 112.
- Alkohol, Facialisparalyse nach Abusus 112.
- Alopecia, syphilitica 517.
- Ammoniak, Intoxication 321.
- Ammon. brom. bei Pertussis 26.
- Anaemie, Chlorose, Perniciöse A. durch Dünndarmstricturen 49, Anaemia splenica in der Schwangerschaft 221; Eisensomatose gegen A. 51; Pillul. Selle 352, Eisen bei Neuroretinitis haemorrhagica 353.
- Anaesthesia, Narkose, Schleich'sche Methode 2, 149, 257, 438, 439; Cocainanästhesie, regionäre 350, 437; Cocainlösung, concentrirte 352; Eucaïn 1, 51, 440; Holocain 53, 54, 259; Orthoform 52, 154, 439, 440; Guajacol 54; Schmerzstillung nach Zahnextraction 256; Chloroform-Aethernarkose, gemischte 156; Albuminurie nach Chloroformnarkose 4, Somatose gegen Chloroform-

#### IV

- erbrechen 67, Bromäethyl 150, 350; Untersuchung des Rachens vor der N. 259; Narkotisierungsmaske, neue 350; Hypnose 4.
- Aneurysmen der Aorta thoracica 304, der Auricular. post. 309, der Femoral. 305, der Schädeldecke (cirsoideum) 390, der Basilararterien des Gehirns 306.
- Angina, Unguent. Cr   487; Complicationen 525.
- Anorexie, Orexintannat 295.
- Anthrax, Fall beim Menschen 159.
- Antinervin, Anwendung 386.
- Antipyrin bei Pertussis 26, Ischias 508; A. u. Lactation 225; Arzneiexanthem 393, 395, 526, 528.
- Antisepsis, Asepsis, Desinfection, Wundbehandlung mit Jodoformal 156, Menthoxol, Camphoroxol, Naphthoxol 157, Xeroform 357, Sanoform 357, Protargol 356; lösliches metallisches Silber 485; Desinfection mit Formalin 490, Pural 490; Pegamoid 354; Desinfection des Krankenzimmers 355, 488, 490, des Operationsfeldes 355, der Hände 158, der Katheter 159.
- Aortenaneurysmen u. Syphilis 90.
- Aorteninsuffizienz u. Tabes 89, nach Trauma 139.
- Aortenstenose, musikalische Mitralgeräusche bei 88.
- Apoplexie, traumatische 447.
- Argentum colloid. Cr   485.
- Argent. nitric. bei Ekzem 260, Prolapsus ani 285, zusammen mit Cocain 142, zusammen mit Ichthyol bei Ophthalmoblennorrh   201.
- Arsen, Vergiftung 17, 111.
- Arthritis urica, Augenerkrankungen dabei 201.
- Arznei-Exantheme nach Antipyrin 392, 395, 526, 528, Brom 396, Chinin 276, Lactophenin 276, Sulfonal 529.
- Ascaris, Diagnose 11; Leberabscess 536, Verstopfung des Ductus choledochus 538, Gelbsehen 539, Darmperforation 539.
- Atheromcyste am Scrotum 137, nach Trauma 563.
- Athetose mit Friedreich'scher Ataxie 210.
- Athmung, künstliche, Aspiration von Mageninhalt 144.
- Atresie, des Genitalschlauches in der Schwangerschaft 69.
- Augenentzündungen, Itrol bei A. 199, Protargol 396, 491, 492, Xeroform 490; Therapie der Blepharitis 492, des Trachoms 97, 98, 199, 396; Bakteriologie des Trachoms 99; Therapie der Blennorrhoea neonatorum 99, 199, 200; Streptokokkenconjunctivitis 396; Molluscum contagiosum u. Conjunctivitis 190; A. u. Gicht 201; Retinitis albuminurica 215.
- Augenkrisen bei Tabes 340.
- Auscultation, Täuschungen bei A. der Lungen 519.

**B.**

Balanitis, Xeroform 177, 501.  
 Balsam. Copaiv. bei Ischias 329,  
 Gonorrhoe 504.  
 Bartholinitis nach Typhus 429.  
 Beckenverengerung, Prochow-  
 nik'sche Diät 67.  
 Bismuth. subnit. bei Ekzem  
 259, 499.  
 Blennorrhoea neonatorum, Ca-  
 lomel 99, Itrol 199, Pro-  
 targol 492, 505, Argent.  
 nit. u. Ichthyol 200.  
 Blepharitis, Behandlung 492,  
 mit Protargol 396.  
 Blutungen der Gebärmutter 55,  
 der äusseren weiblichen  
 Genitalien 56, des Darmes

58, 203, des Hirns 59,  
 447, des Mundes 203, 204,  
 446, des Oesophagus 207,  
 397, des Kehlkopfes 442,  
 des Rachens 444, der Nase  
 493, 494, der Niere 497;  
 Gelatine bei B. 202; Anam-  
 nese bei Blutern 451.  
 Brom, Exanthem 395.  
 Bromäethyl, Narkose 150, 350.  
 Bronchitis, Peronin 247, Scilla  
 531, Unguent. Credé 487,  
 mechanische Behandlung  
 530.  
 Butter, Tuberkelbacillen darin  
 37.

**C.**

Calcar ust. bei Akne 256.  
 Calc. chlorat. bei Perniones 116.  
 Camphor. bei Ekzem 259; In-  
 toxication 277.  
 Camphoroxol zur Wundbehand-  
 lung 157.  
 Captol bei Seborrhoea capitis  
 119, 173, 414.  
 Carbunkel, Eucain 51.  
 Carcinome der Haut 144, der  
 Zunge 154, des Larynx  
 188, 352, des Ohrs 240,  
 des Oesophagus 440, des  
 Magens 53, 440, 565, des  
 Darms 184, 441, des Ute-  
 rus 47.  
 Ceruminalpfropfe, Husten durch  
 C. 13.  
 Cervicalschwangerschaft u. Pla-  
 centa 219.  
 Chelidonium majus bei Uterus-  
 carcinom 47.

Chinin. muriat. als Wehenmittel  
 469; Intoxication 275.  
 — valerian. bei Hemicranie  
 508.  
 Chloasmata, Therapie 359.  
 Chlor zur Desinfection der Hände  
 158.  
 Chloroform zur Narkose 4, 67,  
 156, Localanästhesie 256.  
 Chlorose u. Akne 197.  
 Cholelithiasis mit Husten 14,  
 mit chron. intermittiren-  
 dem Ikterus 451.  
 Cholera nostras, Xeroform 114.  
 Chorea mit Husten 13; Salo-  
 phen 509.  
 Chylothorax, doppelseitiger,  
 traumatischer 498.  
 Cirrhosis hepatis mit tödtlicher  
 Blutung 206, 397.  
 Clavi, Spiritusbehandlung 65.  
 Cocain zur Anästhesie 350, 352,

## VI

437—439, als Mydriaticum  
521, bei Lupus 370, Lid-  
ekzem 499, Pruritus 413,  
Coryza der Kinder 374;  
zusammen mit Argent. nitr.  
142; Missbrauch 19.  
Codein bei Epilepsie 260, 399.  
Coffein. citric. bei Hemicranie  
508.  
Coma diabeticum, Xeroform 114.  
Combustio, Orthoform 52, 154,  
Jodoformal 156, Xeroform  
177.

Comedo, Therapie 349.  
Condylomata, Paraformcollo-  
dium 382.  
Congelatio, Tannennadelbäder  
384.  
Conjunctivitis, Xeroform 491;  
diphtheritica, Itrol 199;  
Protargol 396, 491, 492;  
C. follicularis u. Molluscum  
contagiosum 190.  
Cyste der Nasenschleimhaut 240.  
Cystitis, Urotropin 5, 208, Ortho-  
form 154, Salosantal 503.

## D.

Dakryocystitis, Protargol 396,  
491, 505.  
Dämpfung der Lungen ohne  
patholog. Veränderungen  
346.  
Decapitation, Bemerkungen über  
223.  
Decubitus, Xeroform 178.  
Diabetes mellitus, Xanthoma  
tuberosum 138; D. u. Epi-

lepsie 402; siehe auch  
„Coma“.  
Dilatatio ventriculi, Einführung  
der Nahrung per Magen-  
schlauch 568.  
Diphtherie, Tct. Myrrh. 309,  
Serum 310.  
Druckblasen am Fuss 432.  
Dyspepsie, nervöse 208.  
Dysphagie, Cocain 352.

## E.

Eisensomatose bei Anämie 51.  
Ekzem, Naftalan 5, Xeroform  
177, 501, Nosophen 195,  
Calomel 243, Cocainbase  
414; Behandlung des E.  
am After 259, Kopf 358,  
Lippen 357, Lider 490,  
499, der gewerblichen  
Fingereckzeme 260, 359,  
500, der Dermatitis medi-  
camentosa 260.  
Embolie der Arter. mesent.  
super. 86.  
Emphysema cutis bei Morbilli  
456.

Endocarditis pneumonica 118.  
Endometritis, Stypticin 55.  
Eosot bei Tuberculose 377.  
Ephedrin. hydrochloric. als My-  
driaticum 522.  
Ephelides, Therapie 359.  
Epididymitis, Guajacol 316,  
Ichthyol 346.  
Epilepsie mit Husten 13, E. u.  
Diabetes 402, u. Hysterie  
175; Opiumbrombehand-  
lung 401, 402; Combi-  
nation von Bromkali, Adon.  
vern. und Codein 260,  
398.



Ergotin, Fettnekrose nach Injectionen 469.  
 Erysipel, Spiritusbehandlung 65,  
 Jodoform 156, Jodol-  
 collodium 532, Ichthyol  
 346, Unguent. Crédé 487;  
 E. beim Kinde 532.  
 Erythema nodosum mit Herz-  
 complicationen 218.  
 — urticatum bei Angina 525.  
 Essigessenz, Intoxication 541.  
 Eucaïn in der Laryngologie u.  
 Rhinologie 1, in der Chi-  
 rurgie 51, bei Affectionen  
 von Oesophagus u. Rectum  
 440.  
 Eucasin bei Phthise 237.

Euchinin, Intoxication 167.  
 Eudoxin bei Darmaffectionen  
 195.  
 Eukalyptol bei Influenza 167.  
 Euphthalmin als Mydriaticum  
 91, 92, 522.  
 Extractio dentium, Schmerz-  
 stillung darnach 256.  
 Extract. Bellad. bei Pertussis 26,  
 tuberculösen Geschwüren  
 35, Epididymitis 316.  
 — Cannab. ind. bei Hemicranie  
 508.  
 — Ergotin. fluid. bei Furunkel  
 403.  
 — filic. mar. Intoxication 168.  
 — Pichi bei Gonorrhö 503.

## F.

Febris, Pyramidon 79, 161,  
 Kryofin 162.  
 Fettstühle bei Pancreatitis  
 420.  
 Fliegenlarven im Magen 481.  
 Fol. Digital. bei Epilepsie 400.  
 Formalin u. Formaldehyd, gegen  
 Fusschweiss 61, Trachom  
 97; zur Desinfection von  
 Kathetern 159, des Ope-  
 rationsfeldes 355, der Woh-  
 nung 488; als Desodorans  
 490.  
 Fracturen u. Luxationen, Be-  
 handlung der Malleolen-  
 fracturen 6, der F. der  
 Patella und des Olecranon  
 100, der Kieferfracturen  
 103, ambulante der F.  
 der unteren Extremitäten,  
 Schilddrüsenbehandlung  
 bei F. mit verspäteter Con-  
 solidirung; Radialisl  hm-

ung nach Oberarmbruch  
 103, Fractur im Canalis  
 opticus 105, Rissfractur  
 des Calcaneus 361, extra-  
 capsul  re Oberschenkel-  
 fractur mit sehr rascher  
 Heilung 361; eitrige Ostitis  
 an einer Fracturstelle 9,  
 Phthisis nach Rippenfractur  
 561; Luxatio patellae et  
 tibiae 365, L. des Sesam-  
 beins des Zeigefingers 366.  
 Fremdkörper in Ohr 13, 370,  
 535, Auge 53, 54, 368,  
 Nase 14, 261, 367, 368,  
 Kehlkopf 369, 533, 534,  
 Trachea 369, 533, 534,  
 Oesophagus 263, 534, Bron-  
 chien 369, Lungen 369,  
 Magen 268; Extraction  
 unter Eucaïn 52.  
 Friedreich'sche Krankheit mit  
 Athetose 210.

## VIII

Furunkel, Spiritusbehandlung  
65, Jodoform 156, Sano-  
form 357, Xeroform 502,

Unguent. Credé 486, 487.  
Carbol-Ergotin 403.

## G.

Gangrän der Haut durch Ver-  
ätzung mit Salpetersäure  
311, der Lungen infolge  
Fremdkörper 263, nach  
Masern 456.

Gelatine bei Blutungen 202.  
Gewerbekrankheiten, Vanille-  
Ausschlag 106.

Glandulen bei Tuberculose 79.  
Glycerin-Druckpelotten-Bruch-  
band 404.

Glykoformal zur Wohnungs-  
desinfection 488.

Gonitis gonorrhoea 505.

Gonorrhoe, Jodoformal 156,  
157, Argonin 268, 269,  
Protargol 164, 269, 319,  
320, 505, Aïrol 268, Ich-  
thyol 268, 345, Itrol 504,

Ol. Santali 402, 503, Me-  
thyllenblau 504, Janet'sche  
Behandlung 162, 269, 317,  
319; Technik der Injec-  
tionen 214; Behandlung  
der chron. Cervicagono-  
rrhoe 270, der Epididy-  
mitis 316, des Rheuma-  
tismus gonorrhoeicus 487;  
sehr lange Incubation 213;  
Diagnose der Urethritis  
poster. 315; Allgemein-  
erkrankung 165, Peripro-  
ctitis 166, Osteopathie  
214, Gonitis 505.

Guajacetin bei Phthise 238, 375.  
Guajacol bei Epididymitis 316,  
als Anaestheticum für die  
Nase 54.

## H.

Haarwasser Captol 173.

Haarzunge, schwarze 421.

Haematom der äusseren Geni-  
talien 56.

Haemol. hydrargyrojudat. bei  
Syphilis 176, 177, 518.

Haemophilie, Anamnese 451.

Haemostat bei Epistaxis 493.

Haussanatorien bei Phthise 130.

Heftpflasterverband bei Pneu-  
monie 28.

Helminthiasis s. Ascaris.

Hemicranie, Pyramidon 161,  
Methyllenblau 507, Chinin-

Coffein 508; H. mit Augen-  
muskellähmung 506.

Hernien, Behandlung incarce-  
rirter 107, 405; Fall von  
Ovarialhernie 107, von  
Nabelbruch 271, von Mus-  
kelbruch 273; Bruchband  
404; H. und Gravidität  
403.

Herniotomie während der Gra-  
vidität 403; Darmblutungen  
nach 58.

Herpes praeputialis, Xeroform  
bei 177; H. zoster bei Tri-

- geminusneuralgie 509; H.  
der Lippen bei Angina  
525; Naftalan bei H. ton-  
surans 6.
- Holocain in der Augenheilkunde  
53, 54, 259.
- Homatropinals Mydriaticum 521.
- Husten, nervöser 12.
- Hydrarg. bichlorat. bei Menin-  
gitis cerebrospinal. epid.  
282, Syphilis des Mundes  
u. Rachens 517.
- chlorat. bei Blennorrhoea  
neonat. 99, Influenza 167,  
Ulcus cruris 241, Lupus  
371.
- praec. alb. bei Ephelides,

- Chloasmata 359, Alopecia  
518.
- sulfur. rubr. bei Ekzem 358.
- Hydrops, Nachsickern der Punc-  
tionscanäle 430.
- Hyperemesis gravidarum, Soma-  
tose 67.
- Hyperidrosis, Formalin 61, 409,  
Chromsäure 62.
- Hypnose, bei Strumaexstirpation  
4.
- Hysterie, Validol 294; Husten  
13, Pemphigus 21, Lipurie  
409, Pupillenstarre 410  
dabei; traumatische H. 545;  
H. u. Syphilis 175.

## I.

- Ichthyol bei Neuralgien 116,  
Akne 198, 255, 302, Va-  
riola 139, Ophthalmoblen-  
norrhoe 201, Gonorrhoë  
345, Erysipelas 346,  
Mastitis 346, Sykosis 549,  
Epididymitis und Orchitis  
346.
- Ichthyolseife bei Akne 254.
- Icterus, chron. intermittirender  
451.
- Impetigo contagiosa, Naftalan 6.
- Incisor, Bottini'scher 144.
- Infiltrationsanästhesie s. An-  
ästhesie.
- Influenza, Kryofin 167, Anti-  
nervin 386, Salophen 509;  
I. bei Kindern 166.
- Insectenpulver, intern gegeben  
481.
- Intertrigo, Jodoformal 156,  
Nosophen 195.

- Intoxicationen mit Aconitin 280,  
Alkohol 112, Ammoniak  
321, Arsen 17, 111, 323,  
Campher 277, Carbonsäure  
112, Cocain 19, Chinin  
275, Essigessenz 541, Eu-  
chinin 167, Extr. filic. mar.  
168, Jodoform 169, 543,  
Kal. chloric. 274, Kreolin  
111, Kreosot 320, Lacto-  
phenin 275, Natr. salicyl.  
322, Opium 540, Phosphor  
18, 111, 540, Strychnin  
279, Wismuth 108, Zink  
169.
- Ischias, Pyramidon 161, Bals.  
Copaiv. 329, Antipyrin  
508, Salophen 509.
- Itrol bei Augenentzündungen  
199, Ulcus molle 243, Go-  
norrhoe 504.

**J.**

Jod bei Ekzem 359.  
 Jodoform bei Struma 74, 226;  
 Intoxication 169, 543; Be-  
 seitigung des Geruches 430.  
 Jodoform-Guttaperchapflaster-  
 mull 477.

Jodoformal, Wundbehandlung  
 156.  
 Jodolcollodium bei Erysipel 532.  
 Jucken, Cocainbase 414, Salo-  
 phen 509.

**K.**

Kal. bromat. bei Epilepsie 261,  
 399—402.  
 — carbonic. bei Akne 254, 255.  
 — chloric., Giftigkeit 274.  
 — jodat. bei Ekzem 359.  
 — permang. bei Opiumver-  
 giftung 540.  
 — sulfurat. bei Akne 349.  
 — sulfuric. bei Akne 349.  
 Katheter, Sterilisation 159.  
 Kehlkopfspiegel, Auskochen  
 247.

Keloide bei Pemphigus 21.  
 Keratitis Xeroform 491.  
 Keratose durch Arsen 323.  
 Kolpotomie gegenüber Laparo-  
 tomie 245.  
 Kopfschmerzen, Pyramidon 80,  
 161, 523, Kryofin 162.  
 Kreolin, Intoxication 111.  
 Kresot bei Obstipatio 216;  
 Intoxication 320.  
 Kresotal bei Phthiase 376.  
 Kryofin bei Fieber 162.

**L.**

Lactation, Somatose 224, 430,  
 Antipyrin 225.  
 Lactophenin, Intoxication 276.  
 Laryngitis, Phenol. sulforicin.  
 82; L. acuta rheumatica  
 217.  
 Leberhusten 14.  
 Lepra, Fall 171; internat. Con-  
 ferenz 170.  
 Leukämie, Tumoren 379.  
 Leukoplakia pharyngis non spe-  
 cifica 453.  
 Lichen planus, Cocainbase 414.

Lipurie bei einer Hysterica 409.  
 Liq. Kal. caustic. bei Ekzem 260.  
 Lithopädion, 18jähriges 471.  
 Lupus, Heilpaste 144, Cocain  
 370, Calomel 371, Tubercu-  
 lose-Heilserum 36; Lymph-  
 gefässtuberculose nach L.  
 36.  
 Lymphangitis, Spiritusbehand-  
 lung 65, Jodoformal 156,  
 Unguent. Credé 486.  
 Lysol bei Akne u. Comedonen  
 349.

**M.**

Magendarmkatarrhe, Tannalbin  
 62, Tannon 326, tannin-  
 haltige Milchsomatose 325,

Xeroform 114, Eudoxin  
 195, Argent. colloïd. 487,  
 Tablettæ stomachicæ 64,

Tet. Jodi 566; Einführung der Nahrung per Magenschlauch 568; Alkaptonurie 112.  
 Magnet bei Fremdkörpern im Auge 536.  
 Malaria-Milztumor, Aetherspray 568.  
 Mastitis, Spiritusbehandlung 65, Jodoform 156, Camphoroxol 158.  
 Melanosarkom nach Trauma 43.  
 Meningitis, Therapie der M. cerebrospin. epid. 282.  
 Menthol bei Influenza 167, Erbrechen 568; zur Localanästhesie 257.  
 Menthoxol, Wundbehandlung 157.  
 Methylenblau bei Neuralgia spermatica 115, Gonorrhoe 504, Hemicranie 507, Nephritis haemorrhagica 497.  
 Milchsomatose, tanninhaltige 325, 482.  
 Milzcysten 14.  
 Mineralsalze, künstliche 247.

Mitralgeräusche, musikalische 88.  
 — stenose, Recurrenslähmung bei 82.  
 Molluscum contagiosum u. Conjunctivitis 190.  
 — atheromatosum am Scrotum 137.  
 Morbilli, Koplik'sches Symptom 455, Hautemphysem 456, Spontangangrän 456, M. u. Pemphigus 460.  
 Morbus maculosus, Hirnblutung dabei 59.  
 — Basedowii, Ovarialsubstanz 64; Strumitis erysipelata 119, halbseitige Strumektomie 120.  
 Morphinum bei incarcerirten Hernien 107.  
 Muskelruptur, der langen Bicepssehne 371.  
 Mundsperrer, automatischer 146.  
 Mydriatica, verschiedene 521.  
 Myoma uteri, Stypticin 55; Aetiologie 241.  
 Myositis, tuberculöse 233.

## N.

Naftalan bei Ekzem 5.  
 Naphthol bei Akne 302.  
 Naphthoxol, Wundbehandlung 157.  
 Natr. bromat. bei Epilepsie 399, 400.  
 — salicyl. bei Pneumonie 464, Angina 525; Intoxication 322.  
 — sozodolic. bei Ekzem 501.  
 — subsulfuros. bei Parulis 173.

Nephrektomie, Schwangerschaft nach 466.  
 Nephritis syphilitica 419, haemorrhagica 497, parenchymatosa chronica 462, bei Angina 525, nach Typhus 567; Lebensdauer an Retinitis Erkrankter 215.  
 Neuralgien, Ichthyol 116, Peronin 248, Pyramidon 161, 524, Antinervin 386, Salophen 386, 508, Infiltrationsanästhesie 3, Mo-

## XII

thylenblau bei Neuralgia spermatica 115, Osmiumsäure bei Trigemiusneuralgie 327, Copaivabalsam bei Ischias 329, Antipyrin dabei 508; Infraorbitalneuralgie in Folge eines Aneurysma cirsoideum 391, Herpes zoster bei Trigemiusneuralgie 509, N. bei Radfahrern 511.

Neurasthenie, Validol 294; N. bei Syphilis 175.  
Neuritis optica u. Gehirntumoren 190, durch ein Aneurysma cirsoideum 390.  
Neuroretinitis, Eisen bei N. haemorrhagica 353.  
Neurosen bei Syphilis 175.  
Niesen, Mittel gegen lästiges 92.  
Nosophen, Anwendung 195.

## O.

Obstipatio, Kreosot bei chronischer 216.  
Odol u. Lippenekzem 357.  
Oedema acutum cervicis parturientis 71.  
Ohrgeräusche in Folge Aneurysmen 308, 309.  
Ol. Salosantal. bei Gonorrhoe 502.  
— Santal. bei Gonorrhoe 502, 504.  
— Terebinth. bei Influenza 167.  
Opium bei Epilepsie 401, 402; Vergiftung 540.  
Opticusatrophie nach Jodoform-Application 169.

Orexintannat bei Anorexie der Kinder 295.  
Orthoform als Anaestheticum 52, 154, 439, 440.  
Osteomyelitis nach Trauma 10, 21; Ung. Credé 487.  
Osteopathie, gonorrhoeische 214.  
Ostitis an einer alten Fracturstelle 9.  
Otitis, Nosophen 195, Argent. colloid. 487.  
Ovarialhernie, Fall 107.  
Ovarialsubstanz bei Morbus Basedowii 65, Hautaffectionen im Klimakterium 431.  
Oxymel Scill. bei Bronchitis der Kinder 532.

## P.

Pachydermia laryngis, Phenol. sulfuricid. 82.  
Panaritien, Spiritusbehandlung 65, Xeroform 178, 502, Jodoformal 156, Protargol 356.  
Pancreatitis, chronische interstitielle 419.

Papillome, multiple am Gaumen u. Kehlkopf 136.  
Paraformcollodium bei kleinen Hauttumoren 382.  
Paralysen, Recurrenzlähmung 82, Radialislähmung 103, Facialislähmung 112, 467, Oculomotoriuslähmung 458.

- 506, Phosphorlähmung 540,  
Brown - Séquard'sche bei  
Syphilis 291.
- Paralysis agitans, Fall 543.
- Parulis, unterschwelligsaures Na-  
tron 173.
- Pegamoid in der Krankenpflege  
354.
- Pemphigus neuroticus hysteri-  
cus 21, acutus und Masern  
combinirt 460, vegetans  
546.
- Perforation des Trommelfells  
92.
- Periproctitis blennorrhoeica 166.
- Perniones, Chlorkalk 116.
- Peronin als Sedativum 247, 248.
- Pertussis, Winke für die Be-  
handlung 24; Tussol 117,  
Peronin 248, Oxytel Scill.  
532.
- Perucognac bei Tuberculose 378.
- Pharyngitis, Phenol. sulfuricin.  
82; Dyspnoë dabei 431.
- Phenol. sulfuricin., Anwendung  
80.
- Phimosi, regionäre Cocain-  
anästhesie 437, 438.
- Phlebitis, Menthoxol, Camphor-  
oxol 157.
- Phlegmone, Eucaïn 51, Salz-  
wedel'sche Behandlung 65,  
Menthoxol 157, Xeroform  
178, 502, Sanoform 357,  
Unguent. Credé 486.
- Phosphor, Intoxication 18, 111,  
540.
- Pilocarpin, Alopecia 518.
- Pityriasis versicolor, Behand-  
lung 27; rosea durch  
Strümpfe 384.
- Plattfuß, Infiltrationsanästhesie  
bei eozündlichem P. 3.
- Pneumonie, Pyramidon 80, Natr.  
salicyl. 464, Heftpflaster-  
verband 28; Thrombose  
der Vena femoralis 28,  
Endocarditis 118; Haema-  
tologie 284; traumatische  
560; Pneumokokken-Me-  
tastase 283, Pneumokok-  
ken-Strumitis 465, Pneumo-  
kokkeninfection in der  
Schwangerschaft 74; Tu-  
berculose der Lungen unter  
dem Bilde einer P. 233,  
560.
- Polypen, der Nase 14, 239, 564,  
der Cervix 46.
- Pravazspritze, Neuerungen daran  
192.
- Prolapsus ani, Argent. nitr. 285.
- Prostatahypertrophie, Bottini's-  
che Operation 144.
- Protargol bei Gonorrhoe 164,  
319, 320, 505, Augen-  
entzündungen 396, 491,  
492, Wunden 356.
- Pruritus cutan., Salophen 386,  
Cocainbase 413.
- vulvae, Behandlung 286,  
466.
- Psammocarcinom in einem Cer-  
vicalpolypen 46.
- Psoriasis, Behandlung nach  
Heuss 286.
- Psychose bei Salicylvergiftung  
322.
- Puerperalfieber, Unguent. Credé  
487.
- Punctionscanäle, Nachsickern der  
430.
- Pural als Desinfectionsmittel  
490.
- Purpura u. Darmblutungen 205.
- Pustula maligna, Uebertragung

## XIV

von der Mutter auf die  
Frucht 331.  
Pyocyanin s. Methylenblau.

Pyramidon bei Fieber 79, 160,  
161, Nervenkrankheiten  
523.

## Q.

Quecksilbersalben- und Seife zur Schmiercur 289.

## R.

Radfahrer, amputierte 345, 385;  
Neuralgien der 511.  
Raupenhaare, Tumor durch 44.  
Recurrentenlähmung bei Mitral-  
stenose 82.  
Resorcin bei Akne 254, 303,  
Diphtherie 310, Ekzem 359,  
500, Pityriasis versicolor  
27.  
Retinitis albuminurica 215.  
Rhagaden, Orthoform 52, Eu-  
cain 441.  
Rheumatismen, Pyramidon 161,  
Peronin 248, Salophen  
386, 509, Antinervin 386,

Unguent. Credé 487; Darm-  
blutung bei acutem Gelenk-  
rheumatismus 205; Laryn-  
gitis rheumatica acuta 217;  
Erythema nodosum 218.  
Rhinitis, Nosophen bei Rh.  
scrophulosa 195; Behand-  
lung der Coryza der Kinder  
374, Abortivbehandlung  
des Schnupfens 374, Dys-  
pnoë dabei 431.  
Rhinolith, Husten durch 14.  
Ring- und Hebelpessar, pneu-  
matisches 344.

## S.

Salipyrin bei Influenza 167.  
Salol bei Sklerodermie 29, Ne-  
phritis 497, Gonorrhoe  
503.  
Salophen, Anwendung 386, 508.  
Salosantal s. Ol. Salosant.  
Sanatogen 524.  
Sanoform, Wundbehandlung 357.  
Sanose 143.  
Sapo kalin. bei Pityriasis versi-  
color 27.  
— virid. bei Drüsen- u. Knochen-  
tuberculose 129.  
Sarkom des Hodens 43, der  
Lunge 383, Melanosarkom  
43, multiple Sarkomatose

38, idiopath. Pigmentsar-  
kom 381.  
Scabies, Naftalan 6.  
Scarlatina, Pyramidon 80.  
Schwangerschaft, Geburt, Wo-  
chenbett, Stypticin bei Blut-  
ungen nach der Geburt 55,  
operative Sterilmachung 66,  
Erbrechen der Schwangeren  
67, Prochownik'sche Diät  
67, Verschluss des Genital-  
schlauchs 69, Oedema acu-  
tum cervicis 71, Pneumo-  
kokkeninfection in der  
Schwangerschaft 74, Kreis-  
sende über 40 Jahren 218,



- Cervicalschwangerschaft 219, Anaemia splenica in der Schwangerschaft 221. Geburtshüfl. Operationslager 222, Decapitation 223, Somatose u. Secretion der Muttermilch 224, 430, Antipyrin u. Lactation 225, Behandlung der Gesichtslagen mit nach hinten gerichtetem Kinn 329, Geburt bei Geschwulst des Rückenmarks 331, Aufstehen der Wöchnerinnen 331, Uebertragung von Milzbrand auf die Frucht 331, Hernien u. Gravidität 403, künstl. Frühgeburt durch Uterustamponade 465, Pruritus vulvae in graviditate 466, Einrisse an der Cervix 467, Facialisparese post partum 467, Schwangerschaft nach Nephrektomie 466, Chinin als Wehenmittel 469, locale Infiltration nach Ergotin 469, Lithopädion 471.
- Schwefelseife bei Akne 254.
- Schilddrüsenbehandlung bei Fracturen 9, Struma 75, 226.
- Scilla bei Bronchitis der Kinder 531.
- Sclerodermie, Salol 29.
- Scrophulose, Beziehung zur Tuberculose 130, Nosophen bei Rhinitis u. Otitis 195.
- Seborrhoea capitis, Captol 119, 173, 414.
- Seife, graue 289.
- Sepsis, kryptogenetische 474, Unguent. Credé 486, 487.
- Simulation von Blutbrechen u. Haematurie 446.
- Solitärtuberkel im Gehirn nach Trauma 562.
- Somatose bei Anaemie 51, Hyperemesis gravidarum 67, Syphilis 177; S. u. Lactation 224, 430; Albumosurie nach S. 296.
- Spirit. Captoli compos. 173.
- Spiritusbehandlung nach Salzwedel 65.
- Sterilmachung, operative 66.
- Stomatitis, Orthoform 154; St. mercurialis 415.
- Stricturen des Dünndarms 49, der Urethra 154.
- Struma, Exstirpation in Narkose 4, Jodoforminjectionen 74, 225, Thyreoidin 75, 220; St. intrathoracica 416, syphilitica 556; Metastasen im Knochen 228; aberrirte St. unter der Brusthaut 564; Strumitis erysipelata 119, postpneumonica 465; Strumektomie bei Morbus Basedowii 120.
- Strychnin, Intoxication 279.
- Stypticin, Gebärmutterblutungen 55.
- Subinvolutio uteri post partum, Stypticin 55.
- Sulfonal, Arznei-Exanthem 529.
- Sulfur depur bei Akne 198, 254, 256, 302.
- praecip. bei Pityriasis versicolor 28, Akne 255, 349, Ekzem 359.
- Sykosis subnasalis 548.

## XVI

Synovitis hyperplastica villosa, Schleich'sche Methode 439.  
 Syphilis, beste Form der Schmiercur 289, gewöhnliche Inunctions- u. Welander'sche Ueberstreichungscur 176, 3 strittige Fragen der Therapie 287, Xeroform 177, Somatose 177, Haemol. hydrargyro-jod. 176, 518, Orthoform bei Zungengeschwür 154, Sublimat bei S. des Mundes und Rachens 517; Primäraffect an der Nasenschleimhaut 174, Augenlidern 337, 552, Zahnfleisch 517, im Munde 555, an der Vaginalportion 422; extragenitale Infec-

tion durch Säugen 336, durch Höllensteinstift 337; recidivirende Sklerose u. Rupia 557; interessante Fälle 290, 421; S. bei Aerzten 514; Herzfehler u. Tabes 89, Neurosen 175; Brown-Séquard'sche Lähmung 291, S. des Gehirns 412, 516, des Rückenmarks 512, Hautgummata 332, S. des Larynx 555, des Mediastinums und der Lungen 332, Struma syphilitica 556, Nephritis 419, Pankreatitis 419, Alopecia 517, schwarze Haarzunge 421, hereditär-syphilitische Sattelnase 549.

## T.

Tabes dorsalis, Pyramidon 151; Husten dabei 13, T. traumatica 29, Augenkrise 340, Analgesie der Hoden 293, lancinirende Schmerzen 339, Störungen des Geruches und Geschmacks 293, T. u. Aorteninsuffizienz 89.  
 Tablettae stomachicae 64.  
 Tamponade des Uterus zur künstlichen Frühgeburt 465.  
 Tannalbin bei Darmkatarrhen 62, 63.  
 Tannennadelbäder bei erfrorenen Gliedern 384.  
 Tannon bei Enteritis 327.  
 Tannoform bei Fusschweis 62.  
 Tetanie bei Phosphorintoxication 18.

Tetanus, Antitoxin 122, 126, 374, 375, 476.  
 Thrombose der Vena femoral. 28, unteren Hohlvene 178, Sinus 182.  
 Thymusbehandlung bei Struma 227.  
 Thyreoidin s. Schilddrüsenbehandlung.  
 Tinct. Aconit. zur Localanästhesie 256.  
 — benz. bei Ekzem 358.  
 — canthar. bei Ekzem 358.  
 — Jodi bei Pityriasis versicolor 27, Typhus u. Magen-darmaffectionen 566.  
 — Myrrh. bei Diphtherie 309.  
 — Scill. bei Bronchitis der Kinder 531.  
 Tracheotomie zur Entfernung von Fremdkörpern 369.

**Trachom**, Allgemeines über Behandlung 98, Formaldehyd 97; Bakteriologie 99.

**Traumen**, Folgen: Osteomyelitis 10, 21, Epithelcyste 563, Apoplexie 447, Aneurysma Aortae thorac. 304, Aorteninsuffizienz 139, Ruptur der Mitralis 141, Thrombose der unteren Hohlvene 178, Tuberculose 134, 135, 235, 426, 560—562, Ausbruch von Syphilis 421, Tabes 29, Sarkome 42, 43; Intestinalcarcinome 184.

**Trigeminusneuralgie**, Pyramidon 80, 161, Ueberosmiumsäure 327; Herpes zoster bei T. 509.

**Trional**, Erfahrungen mit 389, bequeme Darreichung 390.

**Tropon** zur Krankenernährung 478.

**Tuberculin**, Behandlung mit 31—35, 378, 379, 429.

**Tuberculose**, Behandlung mit Tuberculin s. d., mit Tuberculose-Heilserum 36, Zimmtsäure 77, Glandulén 79, Kreosot 376, Eosot 377, Guajacetin 375, Perucognac 378, Behandlung in Haussanatorien 130, hygienisch-diätetische 236, Peronin 247, Argent. colloid. 487, Pyramidon 79, 161, Belladonna bei Geschwüren 35, Sapo virid. bei Drüsen- und Knochentuberculose 129, Schleich'sche Methode bei T. der Knochen 438, Phenol. sul-

foricin. bei T. des Larynx 80, Xeroform dabei 129, Xeroform bei T. des Darms 115, Tannin dabei 327, Orthoform bei T. des Larynx 154, 440; tuberculöse Geschwülste in Nase und Kehlkopf 127, T. der Mundhöhle 559, der Mamma 76, der Vulva 232, Myositis 233, der Lymphgefäße 36, Morbus maculos. u. T. 61, Trauma u. T. 134, 135, 235, 426, 560, 561, 562, Ansteckung u. Verbreitung der T. 132, Tuberkelbacillen in Butter 37, trockenes zerstäubtes Sputum 425, eosinophile Zellen im Sputum 424, echte hereditäre T. 559, Phthise unter dem Bilde einer Pneumonie 233.

**Tumoren**, multiple Sarkomatose 38, Melanosarkom 43, Pigmentsarkome, multiple 381, Adenosarkom der Lunge 383, Sarkom des Hodens 42, Psammocarcinom 46, Carcinom des Larynx 188, des Ohres 240, des Magens 440, 565, Oesophagus 440, Rectums 441, Uterus 47, Intestinalcarcinom u. Traumen 184, Atheromcyste nach Trauma 563, Atheromcyste am Scrotum 137, Verrucae 563, Molluscum contagiosum 190, Nasenschleimhautcyste 240, Fibropolyp der Choanen 239, in der Nase 564, multiple Papillome am harten Gau-

## XVIII

men und Kehlkopf 136, Raupenhaargeschwulst 44, leukämische T. 379, tuberculöse T. in Nase u. Kehlkopf 127, Xanthoma tuberosum diabeticum 138, Gehirntumoren 190, 238, Uterusmyome 55, 241, Strumametastasen im Knochen 228, aberrirte Struma

564; Paraformcollodium bei benignen T. 382.

Tussol bei Pertussis 117.

Typhus abdominalis, Pyramidon 80, 160, Tannin 327, Tinct. Jodi 566, Milchsomatose 326; Blutung aus dem Munde 254, posttyphöse Eiterung 429, Neuritis 567; charakteristisches Phänomen 429.

## U.

Ulcus cruris, Orthoform 52, Sanoform 357, Xeroform 177, 501, Jodoformal 156, Calomel 241, Protargol 356.

Ulcus corneae, Itrol 200, Xeroform 491.

Ulcus des Darmes, Eucaïn 441.

— des Kehlkopfes u. Rachens, Orthoform 440.

— molle, Jodoformal 156, Itrol

243, Xeroform 177, 502, Sanoform 357, Abtragung des Geschwürs 476.

— ventriculi, Orthoform 53, 154, 440.

Unguent. Credé, Anwendung 486.

Uraemie, Xeroform 115.

Urotropin bei Cystitis 5, 208.

Urticaria, Xeroform 501.

Uterinhusten 14.

## V.

Vaginitis adhaesiva 71.

Validol als Analepticum und Antihystericum 294.

Vanilleausschlag 106.

Variola, Ichthyol 139.

Verrucae, Uebertragbarkeit 563.

Vitia cordis, Aorteninsufficienz u. Tabes 89, traumatische 139, Aortenstenose u. musikalische Mitralgeräusche 88, Ruptur der Mitralis, traumatische 141, Mitral-

stenose u. Recurrenslähmung 82, Embolie der Arter. meseraic. sup. 86, V. bei Erythema nodosum 218.

Vulnera, Orthoform 52, 154, Jodoformal 156, Menthoxol, Naphthoxol, Camphoroxol 157, Xeroform 178, 357, 502, Sanoform 357, Protargol 356, Argent. colloïd. 487, Itrol 488.

Vulvitis, Jodoformal 156.

## W.

Wallrathmilch bei Blepharitis 492.

**X.**

**Xanthoma tuberosum diabeticum**  
138.

**Xeroform** bei Darmkatarrh 114,  
Kehlkopftuberculose 129,  
syphilitischen Affectionen

und Hautkrankheiten 177,  
Ekzem 501, Wunden 177,  
357, 501, Augenaffectio-  
nen 490.

**Z.**

**Zahnextraction s. Extractio.**

**Zahnwässer** und Lippenekzem  
357.

**Zink. oxydat.** bei Ekzem 259,  
260, 500, 501, Akne 254,

255, 302, 330, Intoxication  
169.

— sulfuric. bei Akne 349, zur  
Desinfection 355.

**Zungenbändchen, Lösung** 203.



## Bücherschau.

---

- Albert**, Lehrbuch der speciellen Chirurgie 251.
- Althaus**, Der Werth der Electricität als Heilmittel 297.
- Arnold**, Repetitorium der Chemie 387.
- Bock**, Zur Kenntniss der gesunden und kranken Thränen-drüse 387.
- Chotzen**, Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen Hautkrankheiten 252, 299, 482.
- Delbrück**, Gerichtliche Psychopathologie 386.
- Didier**, Kleptomanie u. Hydrotherapie 300.
- Dollinger**, Die Behandlung der tuberculösen Wirbelentzündung 300.
- Dornblüth**, Nervöse Anlage und Neurasthenie 95.
- Drasche**, Bibliothek der medicinischen Wissenschaften 300, 435.
- Ebstein-Schwalbe**, Handbuch der pract. Medicin 484.
- Eulenburg**, Realencyclopädie 93, 348, 570.
- Eulenburg-Samuel**, Lehrbuch der allgem. Therapie 299, 432.
- Finger**, Pathologie und Therapie der Sterilität des Mannes 571.
- Flatau-Jacobsohn**, Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie 436.
- Fowler**, Ueber Appendicitis 95.
- Fürst**, Taschenbuch der Harnanalyse 147.
- Gyurkowechky**, Pathologie und Therapie der männlichen Impotenz 93.
- Hammerschlag**, Untersuchungen über das Magencarcinom 436.
- Hartwich**, Die neuen Arzneidrogen aus dem Pflanzenreiche 572.
- Jacobsohn**, Lehrbuch der Ohrenheilkunde 434.
- Joachim**, Die preuss. Gebührenordnung für Aerzte und Zahnärzte 250.

- Lassar-Cohn, Praxis d. Harnanalyse 435.
- Ledermann, Therap. Vademecum der Haut- und Geschlechtskrankheiten 570.
- Lehmann's Atlanten 94, 434, 572.
- Leistikow, Therapie der Hautkrankheiten 252.
- Lewin, Lehrbuch der Toxikologie 251.
- Leyden, v., Handbuch der Ernährungstherapie 347, 570.
- Liebreich, Encyclopädie der Therapie 148, 432.
- Lomry, Untersuchungen über die Aetiologie der Akne 436.
- Medicinalkalender 147, 297, 348.
- Melchior, Cystitis und Urin-infection 298.
- Mense, Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene 436.
- Möbius, Ueber die Tabes 436.
- Monti, Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen 434, 571.
- Moritz, Grundzüge d. Krankenernährung 572.
- Pagel, Medicinische Deontologie 96.
- Reinke, Anatomie d. Menschen 386.
- Roth, Klinische Terminologie 93.
- Rotter, Ueber Perityphlitis 95.
- Die typischen Operationen und ihre Uebung an der Leiche 347.
- Rühl, Die Anatomie und Behandlung der Geburtsstörungen nach Antefixierung des Uterus 95.
- Rumpf, Mittheilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten 148.
- Sänger, Die Beurtheilung der Nervenerkrankungen nach Unfall 195.
- Schmidt, Die Krankheiten der oberen Luftwege 250.
- Schmidt, Lamhofer, Friedheim, Donat, Diagnostisch-therapeut. Vademecum 195.
- Stadelmann, Der Psychotherapeut 94.
- Sudthausen, v., Sprachführer für die ärztl. u. pharmaceut. Praxis 250.
- Schwalbe, Grundriss der speciellen Pathologie u. Therapie 387.
- Jahrbuch d. Medicin 432, 482.
- Thoms, Die Arzneimittel der organischen Chemie 571.
- Villaret, Handwörterbuch der gesammten Medicin 299, 432.
- Vogel, Die Buchführung und die schriftliche Geschäftsführung des Arztes 96.
- Winter, Lehrbuch der gynäkologischen Diagnostik 298.
- Witthauer, Leitfaden für Krankenpflegerinnen 93.





Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N<sup>o</sup> 1.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto:

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge  
aus der gesamten Fachliteratur  
zum Gebrauch für den praktischen Arzt.  
*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Grætzner in Sprottau.*  
Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*October*

*VII. Jahrgang*

*1897*

---

**D**ie früher erschienenen sechs Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen!

---

**Anaesthetie, Narkose.** Ueber die Anwendung des Eucain in der Laryngologie und Rhinologie macht Dr. Joh. Fein (Wien, laryngolog. Abtheilung des Prof. Chiari) Mittheilung auf Grund von 53 operirten Fällen (darunter z. B. Kauterisationen hypertrophischer Nasenmuscheln, Entfernung von Nasenmuscheln mit Scheere oder Schlinge, Operation der adenoiden Vegetationen, Kauterisation von Infiltraten an der Interarytaenoidfalte, Excision tuberculöser Granulationen im Kehlkopf, Excision von Stimmbandpolypen etc.). Die 10 %ige Lösung wurde in der Nase und im Rachen mit Wattepinsel, im Kehlkopf mit Haarpinsel applicirt. Nach 4—5 Minuten konnte man in der Regel die Schleimhaut berühren, ohne dass die Berührung empfunden wurde; in manchen Fällen konnte schon nach dieser Zeit die Operation begonnen werden. Wenn es sich um einen kurz dauernden Eingriff han-

delte, genügte die 1 malige Pinselung zur Ausführung derselben (z. B. Kauterisationen der Nasenmuscheln). Dauerte der Eingriff länger oder bedurfte er der vollkommenen Unterdrückung der Reflexe, wie bei Operationen im Larynx, so musste die Pinselung wiederholt werden; mit 3 maligem Pinseln kam man in der Regel aus. Autor gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Das Eucain erzeugt in 10 %iger Lösung eine Anaesthesie und Herabsetzung der Reflexerregbarkeit, welche hinreicht, um Eingriffe in Nase, Rachen und Kehlkopf fast schmerzlos ausführen zu lassen; diese Wirkungen sind jedoch nicht so intensiv, wie beim Cocain und treten etwas später ein.
2. Die Dauer der Wirkung ist eine etwas geringere, als beim Cocain.
3. Das Eucain ruft keine Anschwellung der Nasenschleimhaut hervor, was für viele Eingriffe von Wichtigkeit ist.
4. Nach Eucainpinselung folgt ein ganz geringgradiges Gefühl von Brennen und unbedeutende Schleimhauthyperaemie.
5. Das Eucain ist nach den bisherigen Erfahrungen in der üblichen Anwendung ungiftig und hat keine unangenehmen Nebenwirkungen, wie das Cocain, zur Folge.
6. Die Eucainlösungen zersetzen sich weder nach längerem Aufbewahren, noch durch Kochen, sind daher, im Gegensatz zu Cocain, sterilisierbar.
7. Das Eucain ist billiger als das Cocain.

(Wiener klin. Wochenschrift 1897 No. 22.)

— Die Schleich'sche Infiltrationsanaesthesie für den prakt. Arzt empfehlen Dr. E. Simonsohn und Dr. S. Cohn (Schöneberg), die bisher 102 Operationen bei 87 Pat. damit ausführten; und zwar betrafen dieselben 10 kleinere Tumoren, 5 Fremdkörper, 3 Dammnähte, 1 Sehnennaht, 11 Nähte sonstiger Wunden, 2 Phimosen, 1 Ankylose im Fingergelenk, 2 Tonsillotomien, 9 Panaritien, 14 sonstige Phlegmonen, 2 Sequestrotomien, 13 Furunkel, 1 Carbunkel, 4 Abscesse, 1 vereiterte Schwielen an der Fusssohle, 1 periproktitischen Abscess, 1 Unguis incarnatus, 1 Dens

cariosus, 7 Mastitiden, 4 Inguinalbubonen; dazu kamen noch Fälle, wo die Infiltration als Operation *sui generis* ausgeführt wurde: bei Neuralgie 7 Mal (bei 3 Pat.), bei entzündlichem Plattfuss 3 Mal (bei 1 Pat.). Die geringsten Anforderungen an die Technik stellte die Excision kleinerer Tumoren (Verrucae, Lipome, Fibrome, Keloide), die daher besonders zur Einübung der Methode passend sind; auch die Entfernung von Fremdkörpern bietet keine Schwierigkeiten. Schwieriger sind Operationen auf entzündlichem Gebiet; hier muss man das Schleich'sche Buch studirt haben, auch praktisch eingeübt sein und eine gewisse Geschicklichkeit und Ruhe besitzen, um gute Resultate zu erhalten, um den Patienten besonders den Infiltrations- und Nachschmerz zu ersparen oder zu erleichtern. Auf die Anaesthesirung des 1. Einstiches durch Aethylchlorid haben die Autoren in keinem Falle verzichtet; es giebt eine Reihe von Pat., besonders Kinder, deren Vertrauen und Toleranz gerade auf der demonstrativ dargethanen Schmerzlosigkeit der ersten Manipulationen beruht, und ausserdem ist die Sache nicht theuer, da eine kleine Tube Henning'schen Aethylchlorids, für 15—20 Fälle verwendbar, 1 M. kostet. Zur Blutleere genügte die Compression der Gefässe durch einen Assistenten. Lymphangitis wurde nur 1 Mal beobachtet, nach Operation eines Panaritiums bei einem Collegen; nach Schleich tritt dieser Zwischenfall gerade bei Aerzten ein, die am wenigsten folgsam sind, sich selten zu einem immobilisirenden Verbande verstehen und es vorziehen, sofort mit der operirten Hand zu arbeiten. — Die Erfolge der Infiltration bei Neuralgien fordern zur weiteren Prüfung auf. Eine frische Neuralgie des Ramus supraorbitalis trigemini, die im Laufe eines stark juckenden und dadurch längere Schlaflosigkeit verursachenden Lichen ruber universal. entstanden war, blieb nach 1maliger Infiltration der Umgebung des Foramen supraorbitale dauernd fort, und das 2—3 Tage anhaltende Oedem der Lider wurde gern mit in den Kauf genommen. Ebenso heilte eine Ischias nach 1maliger Infiltration am Foramen ischiadicum. Ein anderer Fall von veralteter Ischias und Lumbalneuralgie bei einem Pat., der früher an Malaria gelitten, wurde durch einige Infiltrationen so weit beeinflusst, dass die schmerzfreien Intervalle immer grösser wurden. — Der entzündliche Plattfuss wurde

bei einer 18jährigen Pat. durch Einspritzung von ca.  $1\frac{1}{2}$  Spritzen mittlerer Lösung in den Fuss von der schmerzhaften Stelle aus behandelt; während der 2 Tage dauern den secundären Hyperaemie wurde Bettruhe innegehalten, worauf die Beschwerden für ca. drei Monate ganz beseitigt waren, obgleich Patientin in ihrem Berufe den grössten Theil des Tages stehen musste; Pat. hatte diese Behandlung von selbst gefordert, da sie früher einmal von Schleich selbst mit dem Erfolg einer 3monatlichen Ruhe so behandelt worden war.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 30.)

- Um sich über **Albuminurie nach Chloroformnarkose** zu orientiren, hat Piretti (Neapel) bei 50 in der Klinik operirten Pat. genaue Untersuchungen angestellt und gefunden, dass bei mehr als  $\frac{1}{3}$  der Narkotisirten Albuminurie auftritt, dass der Eiweissgehalt in keinem Verhältniss zur Dauer der Narkose steht, dass die Albuminurie eine Folge von Veränderungen der Nierenepithelien ist und nicht durch Alteration des Blutes entsteht, dass dieselbe vorübergehend ist und keinen Einfluss auf die Prognose des Falles ausübt.

(Arch. di ost. e gin. 1896, April. — Centralblatt f. Gynäkologie 1897 No. 30.)

- Eine **Strumaexstirpation in Hypnose** nahm Dr. Karl Kolb (Darmstadt, Diaconissenhaus) bei einer 38jährigen Frau vor, auf Veranlassung von Dr. Mannheimer, welcher die an nervös-rheumatischen Schmerzen und Störungen der Periode ohne localen Befund leidende Pat. wegen dieser Affectionen bereits mit so gutem Erfolge hypnotisirt hatte, dass sie gesund geworden war. Nun hatte sie seit 10 Jahren eine Struma, welche in den letzten Monaten stetig wuchs und grosse Athembeschwerden verursachte. Dr. Mannheimer versuchte, die sehr suggestible Pat. in Hypnose zu operiren, und so geschah es. Pat. wurde von Dr. M. rasch in das analgetische Stadium gebracht und nun operirte Kolb typisch, je einen Knoten rechts und links und einen sehr bedeutenden unter dem Sternum entfernend; Operationsdauer incl. Naht 45 Minuten. Die Narkose war eine sehr angenehme; Pat. lag ruhig da und folgte allen Aufforderungen, ihre Lage zu ändern, sehr schnell; hatte sie einmal eine leichte Schmerzempfindung, so wurde

ihr gut zugesprochen und das half sofort. Nachdem auch der Verband noch in Hypnose angelegt und die Pat. noch für die ganze Operationszeit amnestisch gemacht worden war, wurde sie aufgeweckt und war sehr erstaunt, dass alles schon vorbei sei. Normaler Wundverlauf. — Autor empfiehlt bei geeigneten Fällen diese Methode besonders für Personen, die schon vorher, wie hier, mehrfach der Hypnose unterzogen worden waren, so dass der Arzt schon vorher sich Macht über den Pat. erworben hat.

(Centralblatt für Chirurgie 1897 No. 25.)

**Cystitis.** Urotropin bei C. mit ammoniakalischer Harn-gährung empfiehlt warm Prof. Dr. Nicolaier (Göttingen). Das Mittel (Hexamethylentetramin, eine Verbindung von Formaldehyd und Ammoniak) wird an den ersten zwei Tagen 3 Mal täglich nach dem Essen zu 0,5 gr in  $\frac{1}{4}$  Liter Wasser oder kohlensaurem Wasser von Zimmertemperatur gelöst genommen. Meist tritt schon da die günstige Wirkung ein, worauf die Tagesdosis auf 1 gr (2 Mal täglich à 0,5) reducirt werden kann. In solchen Dosen wird das Mittel lange Zeit hindurch gut vertragen, speciell Magendarmerscheinungen bleiben immer aus. Längere Zeit muss die Darreichung aber erfolgen, will man definitive Erfolge erzielen. Selbst Fälle, wo grosse Dosen Natr. salicyl. unwirksam geblieben waren, wurden durch Urotropin geheilt. Letzteres ist nicht theuer (10 gr M. 1,30) und wird von der Fabrik (chem. Fabrik vorm. E. Schering, Berlin) in Gläschen mit 20 Pastillen (à 0,5 gr) abgegeben.

(Der ärztl. Praktiker 1897 No. 12.)

**Ekzem.** Naftalan, jenen aus eigenartigem Rohnaphtha gewonnenen Stoff, eine dunkelbraune, fast geruchlose Salbe, hat Dr. C. Pezzoli (Prof. E. Finger's Abtheilung im Wiener Allgem. Krankenhaus) in den letzten 7 Monaten bei 92 Fällen von Hautkrankheiten angewandt und in demselben besonders ein vorzügliches Mittel gegen E. entdeckt, das auch bei längerer Darreichung sehr gut vertragen wird und nie irgendwelche unangenehme Erscheinungen verursachte. Abgesehen von Fällen sehr acuter, mit intensiver entzündlicher Schwellung, Röthung, Oedem einhergehender Ekzeme, welche gerade

nicht vorhanden waren, wurden die verschiedensten Formen des acuten und chronischen, papulösen, nässenden, impetiginösen und schuppenden E. mit und ohne Hautinfiltration (42 Fälle) behandelt, und bei allen Formen trat die gute Heilwirkung eclatant hervor, indem Secretion, Nässen, Röthung, Schuppung rasch aufhörten und auch die subjectiven Symptome sehr schnell nachliessen. — Aehnlich günstig war der Heileffect bei **Impetigo contagiosa** (15 Fälle), wo oft geradezu sich Ueberraschungen in der Heilung darbieten und nach zwei- bis 3tägiger Application die Haut bis auf leichte Röthung normales Aussehen zeigte, bei **Herpes tonsurans** (10 Fälle) und **Scabies** (15 Fälle), bei der 3maliges Einreiben genügte, die Milben zu tödten und das begleitende Ekzem zu beseitigen. Eine grössere Tiefenwirkung scheint dem Naftalan abzugehen, was sich bei Fällen von Psoriasis und sehr infiltrirtem, chronischem E. deutlich zeigte.

(Therap. Wochenschrift 1897 No. 27.)

**Fracturen und Luxationen.** Folgende Behandlung der typischen Malleolarfracturen empfiehlt Prof. Dr. Hoffa (Würzburg), um die Prognose dieser Brüche zu verbessern. Dieselbe ist nämlich durchaus keine gute, da nach der neueren Statistik aus dem Material der Berufsgenossenschaften etwa  $\frac{1}{3}$  der Pat. dauernd geschädigt bleibt, mit einer durchschnittlichen Erwerbsunfähigkeit von circa 50 %. Was die Pat. nach vollendeter Callusbildung noch so lange belästigt, sind mehr oder weniger hartnäckige Oedeme, Schmerzen an der Bruchstelle und im Fusse selbst, vor Allem aber die Beschwerden, welche von der Heilung der Fragmente in ihrer dislocirten Stellung abhängen. Untersucht man die Pat., so findet man neben der Auftreibung der Knöchel eine Steifheit der Gelenke, starke Atrophie der Unterschenkelmuskeln und daneben eine starke Valgusstellung des Fusses; der Fuss ist in seiner ursprünglichen falschen Stellung angeheilt, er steht abducirt und pronirt und ist dabei sehr oft gleichzeitig auch etwas nach innen dislocirt. Die Pat. können mit einem solchen Fuss oft nur an einem Stocke gehen, und klagen bei jeder stärkeren Anstrengung, beim festen Auftreten im Stehen und Gehen über Schmerzen, können auf unebenen Wegen kaum gehen, schwer Treppen steigen etc.

Meist rührt alles das davon her, dass die F. von vornherein nicht richtig behandelt wurden. Die Hauptsache bei der Therapie ist die Correction jeglicher Dislocation. Sehr oft wird in der Praxis nicht genügend die Verschiebung des Fusses nach aussen berücksichtigt; aber gerade diese vollständig zu beseitigen, ist das Allerwichtigste! Es geschieht in der Weise, dass ein Gehülfe den Unterschenkel fest fixirt; der Arzt selbst aber fasst zunächst den Fuss, indem er ihn mit der einen Hand von der Ferse her, mit der anderen Hand um den Fussrücken angreift, dann zieht er kräftig an und drängt nun den Fuss energisch nach innen, bis der Knickungswinkel an der Bruchstelle völlig beseitigt ist. Ist die seitliche Verschiebung corrigirt, so darf man nie unterlassen, auch eine etwaige Verschiebung des Fusses nach hinten auszugleichen, indem man an dem Unterschenkel einen Zug nach hinten, am Fuss aber einen Zug nach vorn ausüben lässt. Schliesslich kommt die Correctur der Rotatio ad peripheriam an die Reihe. Der Fuss steht bekanntlich dann richtig, wenn er mit dem Unterschenkel einen rechten Winkel bildet, die Fusssohle des liegenden Pat. gerade nach vorn schaut und der Innenrand der grossen Zehe in einer Linie mit dem Innenrand der horizontal stehenden Patella steht. Dies hat natürlich nur dann Gültigkeit, wenn auch die Tibia des gesunden Fusses eine Mittelstellung inne hat. Nun findet man aber auch bei ganz gesunden Menschen häufig den unteren Theil des Unterschenkels gegen den oberen nach aussen oder innen verdreht; man muss da event. dem gebrochenen Fuss durch Verschiebung an der Bruchstelle genau dieselbe Lage geben, da sonst das verletzte Bein trotz Normalstellung gegenüber dem anderen verdreht heilt. Die Repositionen aber soll man niemals sofort ausführen und nicht gleich den definitiven Gypsverband anlegen, sobald auch nur eine einigermaassen erhebliche Schwellung des Fusses besteht! Man lagert vielmehr am besten den Fuss zunächst in einer Volkmann'schen T-Schiene oder in einer anderen zweckmässigen Hohl-schiene von Blech oder Draht und legt den Fuss hoch; verträgt es der Pat., so ist es recht zweckmässig, über das Fussgelenk noch eine elastische Binde überzuwickeln, also

die Hochlagerung noch mit elastischer Compression zu verbinden. Man kann wohl auch täglich den Fuss aus dem Verband herausnehmen, um ihn zu massiren und ihn dann wieder kunstgerecht zu verbinden. Ehe der definitive Verband angelegt wird, soll die Schwellung des Fusses beseitigt sein, sodass die Knochen gut durchgeföhlt werden können. Das ist meist nach einer Woche der Fall, und jetzt erst soll die Richtigstellung der Fragmente, womöglich in Narkose, stattfinden und der Fuss fixirt werden. Letzteres geschieht am besten durch einen circulären Gypsverband, der die Zehen freilässt, die Ferse umschliesst und bis ans Kniegelenk reicht. Dabei muss man aber sorgfältig verfahren und die Fragmente zuverlässig coaptiren lassen. Zu dem Zweck wickelt man die Ferse ein, während der extendirende Gehülfe am Metatarsus zieht, und lässt dann an der Ferse halten, während man den Metatarsus vornimmt. Der extendirende Gehülfe wirkt mit seiner Körperschwere, da er so am wenigsten ermüdet. Vielfach empfiehlt es sich, den Gypsverband zuerst am Unterschenkel und am Fuss anzulegen mit Freilassung des Gelenks und dieses erst nach nochmaliger Controlle der Bruchstelle einzuschliessen. Man wechsle diesen Gypsverband nach 8 Tagen, massire das Gelenk und den Unterschenkel, mache im Fussgelenk vorsichtige Plantar- und Dorsalflexionen und lege dann wieder einen neuen circulären Gypsverband an, der dann wieder 8 Tage liegen bleibt. Hatte ein leichter Bruch vorgelegen, bei dem keine Neigung zur Wiederkehr der Dislocation besteht, so kann man nach dem 2. Gypsverband einen leichteren Schienenverband anlegen, um jetzt leichter massiren zu können. Bei allen schwereren Fällen empfiehlt sich aber noch ein dritter Gypsverband, der noch eine Woche liegen bleibt, worauf man auch hier mit energischer Massage und Gymnastik beginnt. Nach jeder Sitzung wird aber der Fuss gut eingeschient, bis etwa 7—8 Wochen vergangen sind und eine absolut feste Consolidation eingetreten ist. Ambulante Behandlung ist nichts für den praktischen Arzt, da die Gefahr, dass durch die Belastung des Beines der Verband nachgiebt und die Valgusstellung des Fusses an der Fracturstelle wieder eintritt, doch eine zu grosse ist. Man lasse die Pat. nicht vor Ablauf



der 3. Woche auf den Fuss auftreten; je älter sie sind, je platter der Fuss schon von Natur aus ist, desto vorsichtiger sei man darin. Die Kranken brauchen ja nicht fest im Bett zu liegen, können vielmehr an Krücken schon früher umhergehen, wobei man zweckmässig die Sohle des gesunden Fusses erhöht.

(Der Arzt. Praktiker 1897 No. 14.)

- **Schilddrüsenbehandlung bei Fracturen mit verspäteter Consolidirung** versuchte G. Gauthier, bisher bei einer kleinen Anzahl von Fällen, mit Rücksicht darauf, dass ein hervorragender Einfluss der Schilddrüse auf das Knochenwachsthum als feststehend gilt. Zwei Fälle zeigten dies auch in eclatanter Weise. Ein 15jähriges gesundes Mädchen erlitt am 20./XII. v. J. eine Fractur des linken Unterschenkels am unteren Drittel. Am 15./III. war trotz Gypsverband und Verabreichung von phosphorsaurem Kalk noch keine Spur von Callusbildung nachweisbar. Auch am 10./IV. fehlte jede Consolidirung, trotzdem Reibung der Knochen und Aehnliches angewandt worden war. Nun begann Autor mit Schilddrüsendarreichung (6—8 gr Substanz pro die) und bereits nach 14 Tagen war die Fractur vollständig consolidirt, nachdem 120 gr der Schilddrüsensubstanz verbraucht waren. Der 2. Fall betraf einen 48jährigen Mann, der am 10./I. eine Fractur am oberen Drittel des Radius erlitten hatte. Nach dreimonatiger Behandlung keine Spur von Callusbildung. Daher am 20./IV. Beginn der Schilddrüsenbehandlung. Am 15./V. Fractur geheilt, nach Verbrauch von 160 gr Drüse. Bei beiden Patienten hatte die Schilddrüse normale Beschaffenheit.

(Lyon. méd. 1897 No. 26 u. 28. — Therap. Wochenschrift 1897 No. 29.)

- **Eitrige Ostitis an der Bruchstelle, 16 Jahre nach einer complicirten Ulnafractur**, beobachtete Kreiswundarzt Dr. Mayer (Simmern). Im Jahre 1868 fiel der damals 20 Jahre alte Pat. von einer Mauer zur Erde, der Vorderarm der rechten Seite brach und das obere Bruchende der Ulna durchstieß die Haut. Heilung ohne Zwischenfälle und ziemlich rasch, aber mit Dislocation. Beide Fragmente hatten sowohl eine Achsenverdrehung, als eine Abweichung in der Längenrichtung erfahren; der Vorder-

arm zeigte wenige Centimeter vom Handgelenk entfernt eine starke Krümmung mit einer ulnarwärts gerichteten Convexität. Der Zwischenknochenraum war demgemäss hier verbreitert, Supination und Pronation blieben beeinträchtigt. Trotz der Bewegungsstörungen im unteren Radio-ulnargelenk hob sich im Laufe der Jahre die Arbeitsfähigkeit bedeutend, die Verletzung gerieth, zumal sich keinerlei Beschwerden mal einstellten, fast in Vergessenheit. Ende December 1894 war Patient im Begriffe, im Stall einen Nagel in die Wand zu schlagen, als die rechte Hand und ihre Umgebung zu schmerzen und zu schwellen begann. Am 5./I. 1895 constatirte Autor hohes Fieber, bedeutende Schwellung von Vorderarm und Hand, an der ulnaren Seite des Handrückens eine Fistel, die zu jenem Vorsprung hinführte und aus der dicker, gelbgrünlicher Eiter hervorquoll; die Bruchenden zeigten sich nach Freilegung von Knochenhaut entblösst, liessen sich unter Crepitation aneinander verschieben. Das hohe Fieber, ein gefahrdrohender Kräfteverfall, schwere acute Lungenerscheinungen begleiteten Wochen lang die Affection, und erst Mitte März besserte sich der Zustand. Am 7./IV. zog Autor einen  $2\frac{1}{2}$  cm langen, 1 cm breiten Sequester, der sich erst jetzt gelöst hatte, aus dem Zwischenknochenraum. Darauf Heilung ohne Fistel, mit der früheren Arbeitsfähigkeit, aber auch der früheren Dislocation. — Da das acute Neuaufreten einer Entzündung zwar während der Arbeit, nicht aber nach einer das gewöhnliche Maass überschreitenden Anstrengung einsetzte, konnte das Recidiv als Unfall nicht angesehen werden, und rieth Autor von einer Unfallanzeige ab. Wäre der Unfall 1868 schon versicherungspflichtig gewesen, so wäre der Zusammenhang durch das Auftreten der Entzündung nur am Orte der Verletzung zweifellos nachzuweisen. Küster sprach 1888 mal die Ansicht aus, dass solche recidivirenden Osteomyelitiden wie die primären Affectionen entstehen, d. h. durch ein neues Trauma — wenigstens in der Mehrzahl der Fälle, und Köhler deutete einen Fall von Osteomyelitis, der Jahre lang nach Schussfractur eintrat, so, dass eine grosse Ueberanstrengung der Muskeln die schützende Festigkeit der die latenten Keime einkapselnden Narbe aufhob. Kocher und Tavel endlich geben an, dass ein Trauma in Form auch bloss einer „An-

strenkung“, wie z. B. eines längeren Marsches, den Anstoss zur Localisirung und Entwicklung eitriger Ostitis geben könne. In diesem Sinne lag auch im obigen Falle ein Trauma ätiologisch zu Grunde: Das Führen des Hammers kann ebenso wie ein längerer Marsch als „Anstrengung“ bezeichnet werden. Durch dieselbe hatten die beim Unfall eingedrungenen Keime, welche 16 Jahre ihre Lebensfähigkeit bewahrt hatten, wieder ihre Thätigkeit begonnen.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1897 No. 15.)

**Helminthiasis.** Die Diagnose der *Ascaris lumbricoides* ist am sichersten mikroskopisch zu stellen. Doch wie oft fehlt dem Landarzt ein Mikroskop, wie oft muss er beim ersten Besuch die Diagnose stellen und eingreifen! Auch ohne Mikroskop sofort die Diagnose zu stellen, stellt daher Dr. Müller de la Fuente (Kemel) als sehr wünschenswerth hin. Demselben gelingt das jetzt auch, nachdem er im letzten Jahre über 100 Fälle beobachtet hat. Das zuerst in Erscheinung tretende Symptom sind plötzlich auftretende, heftige Leibschmerzen. Die Anamnese ergibt alsdann, dass geringe Leibschmerzen auch schon vorher bestanden haben, oder bei kleinen Kindern, dass dieselben in letzter Zeit unruhig waren, viel schrienen, die Nahrung zurückwiesen etc., was sich dann aber nach einem Tag, oft schon nach Stunden wieder besserte. Diese Schmerzen sind gewöhnlich genau localisirt, und nicht selten findet man auch eine mehr oder weniger starke Druckempfindlichkeit auf der vom Pat. angegebenen Stelle. Kleine Kinder, die sich ganz gut den ganzen Leib palpiren lassen, fahren plötzlich bei Berührung einer bestimmten Stelle zusammen und schreien, so oft man letztere berührt. Die Differentialdiagnose von Entzündungsprocessen ist durch das Fehlen hohen Fiebers gegeben (mässige abendliche Temperatursteigerungen pflegen nicht zu fehlen, aber tagsüber sind Pat. fieberfrei). Immer ist auch Stuhlgang vorhanden, entweder diarrhoisch oder durchaus normal. Convulsionen sind oftmals einzig verursacht durch H., da sie nach Abtreibung der Würmer sofort verschwinden. Ganz auffallend ist bei H. die enorme Gesichtsfeldverengung, die man bei intelligenten Kindern constatiren kann

(bei oberflächlicher Untersuchung mit der von den verschiedenen Richtungen hergeführten Hand), die ebenfalls nach Abgang der Würmer sofort weicht. — Autor beobachtete endlich eine eigenthümliche Erscheinung: das plötzliche massenhafte Auftreten von Ascariden. So erkrankten in einem Dorfe innerhalb dreier Tage fast alle Kinder daran, und zwar unter den schwersten Erscheinungen; zwei davon starben unter zunehmendem Collaps innerhalb weniger Stunden, ein Beweis, dass die Ascariden nicht stets harmlos sind. Einmal erkrankten die Schulkinder eines Ortes innerhalb weniger Tage unter bedrohlichen Symptomen, ohne dass sie vorher irgendwie Beschwerden gehabt hätten, ohne dass vorher ein Wurm abgegangen war.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 27.)

**Husten, nervöser.** Ueber das Thema spricht Prof. Dr. Schech und erörtert alle den nervösen oder reflectorischen Husten betreffenden Verhältnisse auf Grund des in der Litteratur Niedergelegten und eigener Erfahrungen. Die Formen, in welchen sich H. äussert, sind sehr verschieden. Sehr oft unterscheidet er sich im Klang und Auftreten durch Nichts von dem Husten, wie er bei irgend einer Affection der Respirationsorgane beobachtet wird; häufig manifestirt er sich in Form periodischer, schwerer, langdauernder Hustenparoxysmen oder als fortwährendes kurzes Hüsteln. In anderen Fällen wiederum zeichnet er sich durch sein fast ununterbrochenes Auftreten und seine akustischen Eigenschaften aus; der Klang des Hustens ist pfeifend, brüllend, bellend, wie die Stimme des Hundes, Schafes, wie Feuersignale und Aehnliches. Sehr häufig ist der H. von anderen nervösen Erscheinungen begleitet, so von Heiserkeit, Stimmlosigkeit, Stimmritzenkrampf, Krämpfen in Rachen und Speiseröhre, klonischen und tonischen Zuckungen der Gesichts- und anderer Muskeln, Athemkrämpfen, ja sogar von Bewusstlosigkeit. Charakteristisch für H. ist vor Allem das constante Aufhören im Schläfe und sein Wiederbeginn mit dem Erwachen, ferner der Mangel von Secret; nach sehr schweren und langanhaltenden Anfällen wird zwar etwas Secret expectorirt, dasselbe besteht aber nur aus Speichel und enthält nie abnorme Beimengungen. Sehr

oft zeigt sich Röthung und Auflockerung der Hinterwand des Kehlkopfes, was aber Folge und nicht Ursache des Hustens ist. Die meisten Patienten fühlen sich wohl, haben Appetit. Ihrer Umgebung fallen sie oft recht lästig, müssen ihren Beruf aufgeben, der Schule fernbleiben u. s. w. Sie können zwar durch Energie den Husten eine Zeit lang unterdrücken, desto heftiger sind aber die späteren Anfälle; nicht selten cessirt auch der H., wenn die Pat. allein sind und sich vergessen, wird dagegen heftiger, wenn sie beobachtet sind oder sich einer Gemüthsbewegung hingeben. Von welchen Organen kann nun der H. ausgehen? In erster Linie von Gehirn und Rückenmark. Es giebt sicher einen centralen Reflexhusten; man beobachtet ihn z. B. bei Tabes, wo er oft die laryngealen Krisen einleitet, aber auch selbständig auftritt, bei Chorea, Epilepsie, Verletzungen des Halsmarkes oder der Halswirbelsäule, endlich bei Hysterie. Ganz besonders häufig ist der H. im Pubertätsalter beider Geschlechter, zwischen dem 12.—17. Jahre. Dass hier nervöse Beziehungen mit im Spiele sind, ist zweifellos. Clarke giebt der allzu reichlichen Ernährung und dem Alkoholgenuss die Hauptschuld. Das bezweifelt Autor, schon mit Rücksicht darauf, dass sonst bei der Münchener Jugend der H. viel verbreiteter sein müsste. Er hält ein anderes Moment für viel wichtiger: geschlechtliche Aufregungen, Liebeleien, Onanie. Nach seinen Erfahrungen sind diese ätiologisch sehr oft zu eruiiren; freilich ist nicht jeder nervöser Huster für einen Masturbanten zu halten. Auch Nachahmung z. B. spielt oft eine Rolle. Von peripheren Organen, von denen Reflexhusten ausgehen kann, erwähnt Autor zunächst das Ohr. Es ist eine alte Erfahrung, dass bei vielen Menschen (nach Hadden 21 % der Fälle) in dem Augenblicke H. ausgelöst wird, wo der Ohrspiegel an die untere Gehörgangswand angedrückt wird. Dasselbe ist der Fall bei Ausspritzen und Reinigen des Ohres, Einlegen von Wattetampons, bei Ceruminalpfröpfen und Fremdkörpern. Ja zuweilen genügt schon die Einwirkung von kalter Luft auf den äusseren Gehörgang zur Auslösung. Bei Männern ist der Ohrhusten häufiger, als bei Frauen. Er entsteht durch Reizung des Ramus auricularis vagi, welcher den Reiz auf den Laryngeus superior und von da auf das Centrum überträgt. Nur unter

pathologischen Verhältnissen geht der H. von der Nase aus. Hyperaesthesie der Schleimhaut, Verbiegungen, Auswüchse hypertrophischer Rhinitis, Polypen, Fremdkörper, Rhinolithen sind die Ursachen. Bei einem Metzgerburschen, der herkulisch gebaut, sicher nie neurasthenisch war, fand Autor zahlreiche kleine Nasenpolypen, und nach deren Entfernung hörte der H. sofort auf. Im Nasenrachenraum können Hypertrophie der Rachen- und Gaumenmandeln, hypertrophische Seitenstränge, harte, in der Tiefe der Lacunen verborgene Mandelpfröpfe u. a. schuld sein; bei einem Chemiker fand Autor als Ursache eine einzige kleine Granulation. Bei Frauen ist relativ häufig Ursache des H. Hyperplasie der Zungentonsille, der an der Zungenbasis liegenden, oft himbeergrossen Follikel, welche sich an der Epiglottis reiben oder dieselbe einklemmen und vielfach auch Fremdkörpergefühl oder Globus hystericus zur Folge haben. Dass durch Reizung des Nervus laryngeus super. oder des Vagusstammes oder des durchschnittenen centralen Endes desselben H. erregt werden kann, ist eine alte Erfahrung; Reizung oder Compression des Recurrens löst dagegen keinen H. aus, da der Recurrens ein rein motorischer Nerv ist und keine centripetalen Fasern enthält. Druck auf den Vagusstamm durch Neuritis, Geschwülste, Lymphdrüenschwellungen, Kröpfe, tiefe Halsabscesse können heftigen H. hervorrufen, ebenso wie Druck von Aortenaneurysmen. Ob es einen Magendarmhusten giebt, ist zweifelhaft, obwohl einzelne Fälle mitgeteilt sind. Sicher ist aber wohl die Existenz eines Leber- und Milzhustens. Schon bei der Palpation der normalen oder der in Folge von Typhus, Intermittens, Leukämie geschwollenen Milz gelingt es oft, H. zu erzeugen. M. Schmidt sah bei einer Dame sehr hartnäckigen und heftigen H. plötzlich verschwinden, als ein Gallenstein abging, was auch Andere beobachteten. Den sogen. Uterinhusten beschrieb genauer Profanter. Er stellt sich selten allein und selbständig ein, meist in Begleitung von anderen nervösen Störungen. Zuweilen tritt er im Verlauf der Menses, häufiger während der Schwangerschaft auf, am häufigsten aber bei entzündlichen Affectionen, chronischer Metritis, Oophoritis, Verwachsungen, Narben- und Schrumpfungsprocessen, ferner bei Lageveränderungen und Neu-

bildungen. Während des Klimakteriums kommt er ebenfalls noch vor, sehr selten ist er nachher, und bestehen in solchen Fällen immer Reste älterer Entzündungsherde oder Lageveränderungen. Ausgelöst wird der Uterinhusten durch die verschiedensten Ursachen, so namentlich durch starke Füllung der Blase und des Mastdarmes, Coitus, Untersuchung, Fall, Stoss, Tanzen, Reiten, Nähmaschinenarbeiten, psychische Erregungen. M. Schmidt beobachtete regelmässigen H. bei einem 8jähr. Mädchen, wenn es sich im Bett ausstreckte; er fand einen Pyosalpinx. Der Uterinhusten ermüdet die Pat. meist ausserordentlich, erzeugt Schmerzen an den Ansatzpunkten der Brust- und Bauchmuskeln, steigert die Unterleibsbeschwerden und kann zu Frühgeburt Anlass geben. Aber auch Erkrankungen der männlichen Sexualorgane können H. erzeugen: so namentlich Entzündungen und Geschwülste der Hoden, der Harnröhre und Blase. Langhorne beobachtete heftigen H. als Folge von Adhäsion des Praeputiums und brachte durch Operation den H. zum Verschwinden. Endlich kann H. von der Haut ausgehen. Manche Menschen müssen sofort husten, wenn ein kalter Luftstrom die schwitzende oder auch nichtschwitzende Haut trifft, wenn man sie am Rücken, an den Fusssohlen kitzelt. Bei einer von Strübing beobachteten Hysterica konnte durch Druck auf die Brüste, ja selbst durch Druck des Corsets und der Kleidung mit absoluter Sicherheit H. ausgelöst werden; Smith gelang dies durch Berührung einer Warze auf dem Rücken seiner Pat., Leyden durch die Percussion, Ebstein durch die leiseste Berührung des Körpers. — Die Diagnose des H. ist nicht immer so leicht. Vor Allem muss sorgfältige wiederholte Untersuchung des ganzen Respirationstractus völlige Intactheit desselben ergeben oder so unbedeutende Veränderungen, dass sie zur Stärke des Hustens in keinem Verhältniss stehen. Dieser Nachweis ist freilich nicht immer mit Sicherheit zu erbringen, denn trotz scheinbar normaler Auscultations- und Percussionsergebnisse kann doch eine kleine circumscribede Erkrankung der Lunge, eine beginnende Phthise, Bronchitis etc. vorhanden sein, ebenso ein kleiner Fremdkörper. Ganz ungewöhnlich heftige Hustenanfälle sieht man auch häufig bei acuten oder chronischen Entzündungen oder kleinen Fissuren der Interarytaenoid-

schleimhaut, welche so unbedeutend sein können, dass sie übersehen werden; die Heftigkeit des Hustens erklärt sich aber aus der ungewöhnlichen Sensibilität der Schleimhaut an dieser Stelle, welche gewissermassen das Hustencentrum des Kehlkopfs vorstellt. Gegen solche Eventualitäten schützt nur die längere Beobachtung und wiederholte Untersuchung, ferner jene Eigenschaft des nervösen Hustens, beim Einschlafen zu cessiren, was bei materieller Erkrankung der Athmungswege kaum jemals vollständig der Fall ist. Der Verdacht auf Lungenleiden ist besonders gross beim Uterinhusten, da die meisten Kranken in Folge des Jahre langen Leidens anämisch und sehr heruntergekommen sind. Bei alten Leuten, welche nach dem Niederlegen sogleich zu husten beginnen, fahnde man auf einen etwa vorhandenen Divertikel der Speiseröhre, dessen Inhalt sich bei Lagewechsel in den Kehlkopf ergiesst. Schwierig ist auch die Auffindung der Stellen, von denen der H. ausgeht. Man muss da oft den geringfügigsten Veränderungen an Ohr, Nase, Rachen, Kehlkopf Aufmerksamkeit schenken und die verdächtigen Stellen mit der Sonde abtasten; hierdurch gelingt es, freilich oft erst nach wiederholter Prüfung und längerer Beobachtung, den H. experimentell zu erzeugen. Werthvoll ist noch der Cocainversuch, die Cocainisirung der verdächtigen Stellen, worauf der H. sehr oft für einige Zeit verschwindet. Natürlich taste man auch Haut, Unterleibsorgane etc. ab, prüfe Sehnenreflexe und Sensibilität, um event. Tabes oder andere Erkrankungen des Centralnervensystems zu finden. — Die Prognose ist im Allgemeinen eine gute, doch oft sind die Fälle sehr hartnäckig und gegen Therapie renitent. Letztere muss selbstverständlich zuerst die Ursache zu treffen suchen, d. h. eine locale sein: Entfernung von Ohrschmalz, Fremdkörpern, Polypen, Mandelpfröpfen etc. spielt da eine grosse Rolle. Bei Uterinhusten genügt oft das Einlegen eines Pessariums; oft muss man Polypen entfernen, Endometritis behandeln u. s. w. In anderen Fällen muss Allgemeinbehandlung eingreifen. Zuweilen genügt Wechsel des Wohnorts, Androhung einer schmerzhaften Procedur oder des Verbringens in eine Anstalt. In schweren Fällen, namentlich bei hysterischen, verzärtelten, stets bemitleideten Kindern ist eine



Anstaltsbehandlung mit hydrotherapeutischen Proce-  
duren in Verbindung mit Heilgymnastik und  
innerlichen Mitteln, Brom, Eisen, Arsen, Valeriana,  
Chinin etc. nothwendig. Strenge Ueberwachung  
der Sexualverhältnisse, Verbot des müssigen Um-  
herlaufens ist ferner geboten; im Winter sollen die  
Kinder schreiben, zeichnen, lesen, gymnastische Uebungen  
machen, im Sommer radfahren, turnen, schwimmen, Garten-  
arbeiten machen. Man hüte sich vor Narkoticis und  
denke an den Morphinismus! Manche Autoren (Rosen-  
bach, Gottstein) legen das Hauptgewicht auf morali-  
sche, psychische Behandlung in Verbindung mit  
einer besonderen Art Gymnastik. Man solle den  
Kranken zureden, den Husten zu unterdrücken, sie tadeln  
wegen ihrer Energielosigkeit, wenn sie wieder husten; ferner  
soll man sie auffordern, recht tief Athem zu holen und  
den Athem trotz dazwischen auftretender Hustenanfälle  
möglichst lange anzuhalten, eine Procedur, die im Anfange  
5—6 Mal täglich unter Leitung des Arztes gemacht und  
lange fortgesetzt werden muss. Leider lässt auch diese  
Methode, wie alle anderen, nicht selten im Stich. Der H.  
besteht Jahre lang fort, um endlich spontan langsam oder  
plötzlich aufzuhören.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 26.)

**Intoxicationen.** Einen Fall von subacuter Arsenvergift-  
ung mit vorwiegenden Magendarmerscheinungen  
beschreibt Dr. M. Lauterbach (Wien). Der Fall ist  
besonders ätiologisch interessant. Als Autor den  
6jährigen Knaben sah, fand er ihn in einem Bette liegen,  
dessen grünes Strickgitter zernagt aussah. Es er-  
gab sich, dass der Knabe in der letzten Zeit wirk-  
lich die Schnüre vielfach abnagte. Die Untersuch-  
ung der letzteren bestätigte nun durchaus den Verdacht,  
dass hier der Grund der Vergiftung liege; in 100 gr  
Schnüren waren 2,141 gr Arsen enthalten! Das  
Krankheitsbild selbst, welches seit 2 Tagen bestand und  
sich hauptsächlich in Durchfällen und Brechen, dann auch  
in Schwäche, heftigem Juckgefühl und starker Druckempfind-  
lichkeit der Magendarmgegend kundgab, verschwand nach  
wenigen Tagen, als Pat. in ein anderes Bett gebracht, mit  
Milch ernährt worden war und häufig Klysmen erhalten  
hatte.

(Wiener medic. Wochenschrift 1897 No. 29.)

- Einen Fall von Phosphorvergiftung mit Tetanie theilt Dr. F. v. Stransky (Prag, medic. Klinik) mit. Ein 18-jähriges Dienstmädchen nahm am 23./II. 1896 3 Uhr Nachm. eine Auflösung von Zündhölzchenköpfchen von 9 Päckchen Zündhölzer in Wasser (ca. 0,45 gr Phosphor). Um 9 Uhr Abends kam Pat. zur Klinik. Seit dem Genuß des Phosphors bestand heftiges Erbrechen, das Erbrochene hatte intensiven Phosphorgeruch. Magenausspülung mit 50 l einer 1 %igen Wasserstoffsuperoxydlösung, Senna-Infus per os und hohe Rectalinfusion. Kurz darnach: ausgiebige Stuhlentleerung, kein Erbrechen mehr, ganz gutes Befinden. Am 24./II. nur etwas Druckempfindlichkeit in der Magengegend, sonst alles normal bis auf etwas Erweiss im Harn. Am 25./II. auch jene Druckempfindlichkeit weg, Pat. vollkommen wohl. Am 26./III. ganz leichter Internus, Abends leichte Krämpfe in den unteren Extremitäten. Am 27./II. gegen Abend tonische Krämpfe in den oberen Extremitäten und beiderseits im Gesicht, und Kriebelgefühl in diesen Körperparthieen: die Hände erschienen geballt, die Daumen eingeschlagen. Dieser Anfall etwa 15 Minuten lang. Mechanische Erregbarkeit des Facialis nicht erhöht. Am 28./II. konnte man durch den Trousseau'schen Versuch die Krämpfe in den oberen Extremitäten hervorrufen, hingegen war weder eine Veränderung der mechanischen, noch der galvanischen Erregbarkeit der verschiedenen Nervenstämme nachweisbar. Am 29./II. Symptomenbild der Tetanie vollkommen entwickelt: mechanische Erregbarkeit der Faciales deutlich erhöht, durch Druck in den Sulcus bicipitalis beiderseits konnte man in den oberen Extremitäten, durch Druck in die Fossa poplitea, auf den Ischiadicus, auf den N. cruralis, auf die Ovarialgegend in den unteren tonische Krämpfe auslösen: im Krampfanfalle wurden die oberen Extremitäten in typischer Geburtshelferstellung gehalten, die unteren im Knie und Talocruralgelenk gestreckt, die Zehen plantarflectirt: Spitzfußstellung: setzte man die Pat. auf, so trat in den unteren Extremitäten sofort der früher beschriebene Krampf ein: Sensibilität während des Anfalls in den ergriffenen Parthieen herabgesetzt: vor jedem spontanen Anfall Paraesthesieen: elektrische Erregbarkeit für beide Stromarten nur im Facialis- und Ulnarisgebiete gesteigert. Anfälle von 1½stündiger Dauer, mit lebhaften Schmerzen verbunden. So ging es vier Tage lang. Am

4./III. vermochte man nicht mehr durch Druck auf die grossen Nervenstämme in den unteren Extremitäten Anfälle auszulösen. Am 7./III. setzten die spontanen Krämpfe aus, das Facialisymptom war nur mehr links im Facialis vorhanden, das Trousseau'sche gelang nur nach längerem Drucke in den Sulcus bicipitalis. Am 8./III. war das Facialisymptom vollkommen verschwunden, das Trousseau'sche nur links auslösbar, und zwar nur in den vom N. ulnaris versorgten Fingern. Am 9./III. trat spontan ein langdauernder Krampfanfall in der linken oberen Extremität ein, Facialis- und Trousseau'sches Symptom fehlten. Seither blieb Pat. frei von Anfällen und gesund. — Die Art und Weise, wie sich die Affection entwickelte, entspricht ganz den Fällen von acuter Tetanie, wie sie v. Jaksch beschrieb: kurzes prodromales Stadium, subfebrile Temperatur, Stadium der Akme und langsames Abklingen. Dazu kommt noch die Jahreszeit, in welcher die individuelle Disposition für den Ausbruch dieser Erkrankung erhöht ist, und das jugendliche Alter der Pat. Hält man an einer bestimmten Noxe fest, die durch ihre gleichmässige, erregende Einwirkung auf das gesamte Nervensystem zum Ausbruch der Tetaniesymptome führt, so erscheint es in diesem Falle ganz plausibel, dass durch die vorhergehende Einwirkung des Phosphors die Widerstandskraft des Organismus gegen die angenommene Tetanienoxe herabgesetzt wurde. Schwere Reizerscheinungen von Seiten des Nervensystems sind bei Phosphorvergiftung sehr selten und kamen nur bei sehr hohen Dosen und rapidem Verlauf zur Beobachtung. Tetanie ist noch nicht beschrieben worden, auch erschien sie doch hier erst, als die Vergiftungserscheinungen abgeklungen waren und ausser dem leichten Ikterus nichts mehr daran erinnerte. Autor sieht daher die Tetanie hier als idiopathische an, die Intoxication aber höchstens als prädisponirendes Moment.

(Prager medic. Wochenschr. 1897 No. 32.)

— Ein von Dr. Th. Zangger (Zürich) publicirter Fall von **chronischem Cocainmissbrauch** lehrt, wie vorsichtig der Arzt auch darin sein muss, den Pat. Cocain zum äusserlichen Gebrauch in die Hand zu geben. Der betreffenden 30jährigen Pat. war vor 3 Jahren gegen kleine schmerzhaftes Geschwüre des Zahnfleisches

und der Zunge eine 5 %ige Cocainlösung verschrieben worden. Die Application dieser Lösung auf die Schleimhaut der Mundhöhle machte der Pat. die angenehmsten Empfindungen, sie gebrauchte sie weiter, nachdem die Mundaffection längst verschwunden war, wobei sie wohl auch einen Theil verschluckt haben mag, da sie 30—40 gr der Lösung pro die, d. h. täglich  $1\frac{1}{2}$ —2 gr Cocain verbrauchte. Das Recept wanderte von Apotheke zu Apotheke, und als die hochgebildete Pat. den Autor consultirte, befand sie sich in einem Zustand äusserster Schwäche; es waren vorhanden welke, fahle Haut, schlaffe Musculatur, ganz schlechter Appetit, abnorme Empfindlichkeit gegen Geräusche, gesteigerte Reflexerregbarkeit, rapid zunehmende Gedächtnisschwäche, Depressionszustände bis zu Selbstmordgedanken, dazwischen Exaltationsperioden, Gesichtshallucinationen, hartnäckige Schlaflosigkeit, totale Einsichtslosigkeit in den Zustand und dessen Ursache, die eben in dem Gebrauche der colossalen Dosen Cocain bestand, wie ein Zufall dem Autor enthüllte. Da eine Behandlung in geschlossener Anstalt verweigert wurde, versuchte Autor psychische Therapie mit langsamer Entziehung des Giftmittels. Zu letzterem Zwecke musste ein Corrigens gefunden werden, das es der Pat. unmöglich machte, durch den Geschmack die langsame Abnahme des Gehalts der Lösung an Cocain zu constatiren und dann die gewünschte Entziehung durch Consum grösserer Mengen der Lösung aufzuheben. Nach verschiedenen Versuchen erwies sich ein Zusatz von 0,3—1,0 gr Ammon. bromat. als das Beste. Die Cocaindosen wurden langsam reducirt; zuerst traten heftige Abstinenzerscheinungen in Form gastrischer Störungen mit Nausea ein, die durch Kreosot gtt. III/100,0 mit Erfolg bekämpft wurden, das Bedürfniss nach Cocain nahm aber immer mehr ab und nach einiger Zeit konnte Patientin bedeutend gebessert entlassen werden.

(Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1897 No. 14.)

**Osteomyelitis.** Der Zusammenhang zwischen O. und Trauma wird durch einen von Dr. K. Géronne berichteten Fall ungemein schlagend illustriert. Ein Knabe wird beim Fussballspielen vom Ball am linken Fuss getroffen, stürzt hin und fällt zunächst auf die

linke Hand. Schon am nächsten Morgen schwillt der Fuss an und schmerzt, unmittelbar darauf die Hand. 8 Tage später in ärztliche Behandlung gebracht, kann präcis O. diagnosticirt werden, die sich neben allgemeiner Eitervergiftung an den betreffenden Stellen etablirt hat. Trotz Operation vereitert ein Knochen, ein Gelenk nach dem anderen, und zwei Monate nach dem Unfall tritt der Tod ein. Aus den bisher publicirten Fällen ergibt sich, dass die Schwere der Verletzung dabei sehr verschieden sein kann, ebenso wie der Zeitpunkt für den Eintritt der O. um Wochen bis Monate variiren kann. Man hat auch Thieren Eiterkokkenculturen eingespritzt und prompt an gleichzeitig beschädigten Knochen O. erzeugt; die Verletzung brauchte kein Bruch zu sein, Quetschung, ja oft leichtes Beklopfen genügte, was auch einleuchtet, wenn man bedenkt, dass Gussenbauer mikroskopisch Zerstörungen des Knochengewebes schon nach verhältnissmässig wenig kräftigen Stössen und Schlägen auf Knochen fand. Die Art des Zusammenhanges kann eine verschiedene sein: Durch zerrissene Gefässe treten Eitererreger, die zufällig im Blute kreisen, aus diesem in zermalmtos Gewebe ein, hier ein sehr günstiges Feld zur Ansiedelung ergreifend; oder vor, während oder nach dem Unfall leidet der Pat. an einer eitrigen Weichtheilsentzündung, und von hier aus gelangen die Kokken in den Kreislauf; oder es bestand schon einmal O., die Bakterien liegen noch im Knochen eingekapselt und werden durch die neue Verletzung wieder thatkräftig (selten); grosse Wichtigkeit dürfte endlich kleinen Wunden, z. B. an den Füßen, als Eingangspforten für Spaltpilze, zukommen, und so Kinder, die ja häufig solche Unbilden erleiden, häufiger als Erwachsene von O. befallen werden. Jedenfalls wird man bei Unfallgutachten bedenken müssen, dass ein Zusammenhang zwischen O. und Trauma sehr häufig zu finden ist.

(Inaug.-Diss. Berlin 1897. — Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1897 No. 12.)

**Pemphigus.** Einen höchst interessanten Fall, dessen specielle Bezeichnung lauten müsste: „*P. neuroticus hystericus subsequentibus Cheloideis multiplicibus*“ stellte Prof. Kaposi vor. Pat. war ein Gymnasiast mit folgenden Erscheinungen: Am Dorsum der rechten Hand Haut blau und

braunroth, glatt, beweglich, doch an zwei über kreuzergrossen Stellen flache, theils glatte, theils etwas gestrichte, aber doch weiche und bewegliche Narben. Diese Veränderungen waren der Effect von Brandwunden 2. und 3. Grades, die Pat. im Februar d. Js. an dieser Stelle erlitten hatte. Von der Mitte des rechten Vorderarmes bis zur Schulterhöhe fanden sich weiterhin über dessen Vorder- und Innenfläche an 30 unregelmässig gestellte, rothe, erhabene, glänzende, sehr derbe Knoten und Wülste der Cutis und nur mit ihr verschiebbar von theils unregelmässig rundlicher, plattenähnlicher Gestalt, grösstentheils aber in Form von 2—3 cm langen, griffelförmigen, oder 3—4 mm breiten, vielfach auch spitze Ausläufer aussendenden, walzenförmigen, knotigen Gebilden, also multiple Keloide. Auf dem linken Handrücken genau so gestaltete Streifen von blaubrauner, unter dem Fingerdrucke etwas ablassender Färbung der im Uebrigen weichen, geschmeidigen Haut, also Spuren früherer Keloide. Jene Keloide sollten 6 Wochen nach der Verbrennung entstanden sein. Eine Erklärung dafür erhielt man aus dem weiteren Befunde am Pat. Man bemerkte nämlich in der linken Parasternallinie und Mammalregion mehrere über kreuzergrosse, scheibenförmige, rothe, nässende oder mit gelblichen Krusten bedeckte Stellen, eine solche in der Interscapulargegend, über dem rechten Trochanter und, in eine Reihe nach innen und oben über die Glutäalgegend gestellt, drei flachhandgrosse Scheiben, deren zwei obere blauroth, glatt, im mittleren Antheile mit flachen, gelbbraunen Krusten bedeckt waren, deren unterster in der Randzone ebenfalls blauroth und glatt überhäutet, im ganzen Mittelbereiche jedoch eine unregelmässig grubige und zackige, rothe, eitrig Wunde des Coriums darstellte. Mehrere ähnlich beschaffene, theils scheiben-, theils streifenförmige Wunden und Flecke an der Innen- und Vorderfläche des linken Oberschenkels. Alle diese Erscheinungen entsprachen dem Verlaufe von grossen Blasen, und die Keloide waren auf der Basis der Blasen am rechten Arm entstanden; die Eruption der Blasen also war das Hauptphänomen, die Keloidbildung eine Consequenz dieser. Abgesehen von letzterer hatte man es also mit einem Falle zu thun, in welchem mehrere Wochen nach einer den Handrücken

betreffenden Verbrennungswunde zunächst an derselben Extremität in aufsteigender Folge Blasen entstanden, dann weiter auch an verschiedenen Stellen der anderen Körperhälfte. Darin glich dieser Fall demjenigen, den Kaposi 1890 beobachtet und als *P. neuroticus hystericus* bezeichnet hatte. Eine 22jährige Wärterin hatte sich mittelst eines eisernen Nagels am rechten Mittelfinger verletzt, nach dessen Verheilung successive und in aufsteigender Reihe über dem Vorderarme, Halse, dann einige Wochen später an der linken Halsregion und nun sprungweise an den verschiedensten Körperstellen rechter und linker Seite, Stamm, Ober- und Unterextremitäten Blasen auftraten, vielfach hühnereigross und noch grösser. Mehr als 2 Jahre dauerten sie mit nur geringen Schwankungen in der Intensität und Frequenz an und hatten wiederholt die Pat. durch Erschöpfung in Folge des Serumverlustes an den Grabesrand gebracht; dann aber erholte sie sich allmählig. Seither sind mehrere solcher Fälle bekannt geworden, z. B. einer von Doutrelepon, eine Frau betreffend, bei welcher nach einer mit einer Nadel beigebrachten Verletzung des Fingers in analoger Succession urticariaähnliche Röthungen und Quaddeln, aber mit sofortiger Gangrän, und erst in späteren Jahren Bläschengruppen und Blasen sich einstellten, und nach 5jähriger Dauer des Leidens in Folge von Tuberculose letaler Ausgang eintrat. Der Fall wurde als *Zoster hystericus gangraenosus* diagnosticirt. Der jetzige Fall Kaposi's entspricht in Bezug auf die Blasenbildung ganz demjenigen der Wärterin, und beide unterscheiden sich durchaus von jenen Röthungen und Blasenbildungen (*Glossy skin, Pemphigus neuroticus*), wie solche nach Verletzungen, Narben im Verlaufe von spinalen Nervenstämmen, z. B. des Brachialis, in dessen Ausbreitungsbezirke entstehen. Auch Neuritis ist nicht ihre anatomische Grundlage, auch nicht aufsteigende Lymphangoitis. Die Eruption kann nur erklärt werden durch eine von der Verletzungs- oder Vernarbungsstelle ausgehende einfache Reizung der Nerven, welche successive aufsteigend die vasomotorischen Centra des Rückenmarkes ergriff und unterhielt, von wo sodann die vasomotorischen Nerven auch der anderen Körperhälfte im homologen Sinne angeregt und in dessen Folge Urticariaquaddeln und Blasen veranlasst wurden, also

eine reflectorische Entstehung von vasomotorischen Erscheinungen und deren Nutritionconsequenzen. Solche Vorgänge finden ja alltäglich statt; z. B. von der einzigen Quaddel, die durch eine auf eine Hautstelle gefallene Lauge momentan erregt wird, kann binnen wenigen Minuten eine allgemeine Urticaria veranlasst werden u. s. w. In Betreff der Keloidbildung stand der Fall aber näher dem Zoster gangraenosus hystericus, bei dem häufig Keloide vorkommen. Vielleicht war auch eine individuelle Disposition dafür im Spiel, wie solche ja vorkommt, indem bei Leuten z. B. nach jedem Nadelstich, jeder Aknepustel etc. Keloide entstehen. Prognostisch sind diese Keloide günstig, indem sie sich meist nach Monaten oder Jahren zurückbilden. Auch bei obigem Pat. sind sie ja über dem linken Handrücken bereits geschwunden, unter Hinterlassung von blaubraunen Streifen, die erfahrungsgemäss später ganz weiss werden.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 25. Juni 1897. — Wiener klin. Wochenschrift 1897 No. 26.)

**Pertussis.** Hofrath Dr. A. Wertheimber (München) giebt sehr beachtenswerthe Winke über die Behandlung. Er legt grosses Gewicht auf die hygienisch-diätetische Seite der Behandlung und ist namentlich ein warmer Freund der Freiluft-Behandlung. Die Angaben Ullmann's, dass im Freien die Intervalle zwischen den einzelnen Hustenparoxysmen fast 3 Mal solange sind und die Heftigkeit der im Freien erfolgenden Anfälle geringer ist, als beim Aufenthalt im Zimmer, kann er durchaus bestätigen. Unverkennbar ist auch die vortheilhafte Einwirkung der Freiluft auf das Gesamtbefinden der Pat. Unter welchen Verhältnissen ist nun der Aufenthalt im Freien zu gestatten? Nun, im Sommer in ausgedehntestem Maasse, während der kälteren Jahreszeit muss man dafür Sorge tragen, dass der Pat. den Nord- und Nordostwinden nicht ausgesetzt werde. Schwächliche, mit constitutionellen Krankheiten behaftete Kinder, sowie solche, die noch im frühesten Lebensalter stehen, sollen unter allen Umständen im Winter das Zimmer nicht verlassen, aber auch für ältere und kräftigere Pat. ist der Aufenthalt im Freien bei sehr niedriger Temperatur stets ein Wagniss, das allerdings bei sonnigen, windstillen Tagen nicht sehr bedenklich ist. Im All-



gemeinen hat Autor den Eindruck gewonnen, dass unter den Factoren, welche verschlimmernd auf den Verlauf des Keuchhustens einwirken, schlechte und verdorbene Luft der Zimmer eine grössere Rolle spielt, als die Schädlichkeiten der Aussenluft. Man muss also bestrebt sein, die Luft in den von dem Pat. bewohnten Räumen — auch zur kalten Jahreszeit — der Freiluft an Reinheit möglichst nahe zu bringen! Es sind hierbei streng folgende Vorschriften zu befolgen:

1. Der Kranke soll zwei Zimmer zu seiner Benützung haben; das geräumigste derselben diene als Schlafgemach; alle drei Stunden ist das Zimmer zu wechseln; in dem nicht occupirten Zimmer sind die Fenster in der Zwischenzeit (auch Nachts) bis zur erneuten Heizung offen zu halten; Vorfenster, die nicht in vollem Umfang geöffnet werden können, sind zu entfernen.
2. Die Zimmertemperatur betrage während des Tages 15° R. (für Kinder im 1. Lebensjahre 16° R.), Nachts 10—12° R., wobei der Kranke ausser mit dem Hemde noch mit einem langen, bis über die Füsse reichenden leichten Kleidungsstück versehen sein soll.
3. Zur Heizung werde ausschliesslich Holz verwendet (ein gleiches Gewicht Steinkohle, um vollständig zu verbrennen, entzieht der Luft doppelt soviel Sauerstoff, als hartes Holz!).
4. Auf die hygienisch beste Art der Beleuchtung — Oel in Moderateurlampe — muss man heutzutage meist verzichten. Wird Petroleum verwendet, so ist auf die sorgfältigste Bedienung der Lampe Rücksicht zu nehmen, um wenigstens die vermeidbare Verunreinigung der Zimmeratmosphäre durch stinkende Gase, Rauch und Russ zu verhüten.
5. Teppiche, schwere Wollvorhänge, Portièren, wenn möglich auch Polstermöbel, sind aus den dem Kranken zugewiesenen Räumen wegzuschaffen; je leerer dieselben, desto besser.
6. Im Zimmer des Kranken soll sich keine weitere Person aufhalten, als dessen Pflegerin.
7. Die Auswurfstoffe des Pat. sind, soweit thunlich, in Gefässe aufzunehmen, welche eine desinficirende Flüssigkeit enthalten (5% ige Carbolsäure oder 0,1% ige

Sublimatlösung); Stellen des Fussbodens etc., auf welche Auswurfstoffe gelangt sind, sollen mit der gleichen Flüssigkeit sofort gereinigt werden.

Die Sache ist nicht so complicirt, wie es zuerst scheint, und eine einsichtsvolle Mutter kann die Maassregeln streng durchführen, namentlich in den besseren Familien. Die Erfolge stehen dann hinter der Freiluftbehandlung kaum zurück. — Ein Ortswechsel wirkt entschieden günstig, wenn damit ein klimatischer Vortheil verbunden ist; in der Regel aber ist von der Transferirung des Pat. vor Ablauf der 3. Woche des Stad. convulsiv. ein erheblicher Erfolg nicht zu erwarten. — Die Diät sei nahrhaft, mässig und leicht verdaulich. Selbstverständlich muss man Kranken, die oft erbrechen, ihre Mahlzeiten nach kurz vorhergegangenen Anfällen reichen und alle krümeligen Speisen ausschliessen, event. wenn durch jedes Essen Hustenanfälle ausgelöst werden, die Nahrung in geringsten Mengen, aber in concentrirtester Form (frisch ausgepressten Fleischsaft, Fleischpepton etc.) geben. Schädlich wirken alle Süssigkeiten (süsse Säfte, Bonbons und dergl.), dagegen ist ganz zweckmässig der schwarze Kaffee, den man älteren Kindern mehrmals täglich zu einigen Esslöffeln voll nach den Mahlzeiten giebt, wodurch bisweilen die Anfälle nachher seltener werden. Psychische Erregungen, auch Weinen, Lachen, Schreien, Gähnen, Springen, Laufen sollen möglichst vermieden werden. — Was die arzneiliche Behandlung betrifft, so ist früher viel Belladonna angewandt worden, heute wird es seltener ordinirt. Bisweilen schafft in der That, wenn andere Mittel versagen, folgende Medication Beruhigung: Ammon. brom. 0,1—0,2 Extr. Bellad. 0,005 — täglich 2—3 Mal, event. nur 1 Mal, spät Abends, 1 Pulver. Chinin wird ja allenthalben gerühmt, doch ist die schädigende Wirkung auf den Verdauungsapparat, namentlich bei Kindern unter einem Jahr, ein Hinderniss für die Darreichung in genügender Dosis. Autor bedient sich fast ausschliesslich des Antipyrins. Er verordnet im 1. Lebensjahr 0,03—0,05 je nach der Häufigkeit der Anfälle 2—3 Mal täglich, bei Kindern von 1—2 Jahren 0,1—0,15 ebenso oft, bei älteren Kindern anfangs als Tagesdosis (in 2—3 Gaben vertheilt) so viele Decigramme, als das Kind Jahre zählt, nach einigen Tagen um die Hälfte mehr, und, wenn nöthig, allmählig steigend bis zum Doppelten der Anfangs-

gabe; Tagesgaben von 1,5 gr überschreitet Autor niemals. Zweckmässig ist es, bei Tage 1—2 schwächere, Abends eine etwas stärkere Dosis, jedesmal kurz nach vorhergegangenem Anfalle, zu geben, der genauen Dosirung halber am besten als Pulver, in Wasser gelöst, mit Zusatz einiger Tropfen Tokayerweins. Vorbedingung für die gefahrlose Anwendung des Antipyrins ist ein normaler Zustand der Nieren, durch welche ja die Ausscheidung des Mittels erfolgt, und ist es daher rathsam, vor und während der Behandlung den Harn wiederholt zu untersuchen. Ein Specificum gegen P. ist Antipyrin ebensowenig, wie Chinin, aber es wirkt doch meist beruhigend und krampfstillend. Sobald zur P. eine fieberhafte entzündliche Lungenaffection, vor Allem Bronchopneumonie, hinzutritt, hört man am besten mit allen diesen Mitteln auf und dürfte hier der neuerdings von Sticker wieder empfohlene Campher am Platze sein, zumal bei der Bronchopneumonie hauptsächlich die starke Erweiterung des rechten Herzens und die fettige Degeneration desselben es sind, welche die bedrohlichsten Erscheinungen und plötzlichen Todesfälle bedingen. Für alle Fälle uncomplicirter P. empfiehlt es sich ferner, ein alkalisches Wasser (Emser, Gleichenberger) regelmässig gebrauchen zu lassen, von welchen jüngere Kinder 3—4 Mal täglich einige Esslöffel, ältere ebenso oft bis zu  $\frac{1}{2}$  Ober-  
tasse erhalten. Die Localtherapie hat keine Erfolge zu verzeichnen.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 29.)

**Pityriasis versicolor.** Die Behandlung der P. gestaltet sich nach Brocq sehr einfach und führt sehr rasch zur Heilung. Das beste Mittel ist die Tinct. Jodi, die aber nicht verwendbar ist bei grossen Flächen, die von der Affection betroffen sind. In diesem Falle soll der Pat. zunächst ein Reinigungsbad mit folgender Seife nehmen:

Rp.

*Sapon. kalin. 60,0*  
*Acid. salicyl. 2,0*  
*Resorcim. 1,0.*

Nachher soll er sich tüchtig abreiben und folgende Salbe appliciren:

Rp.

*Acid. salicyl.* 0,3  
*Sulfur. praecip.* 3,0  
*Ol. lini*  
*Terr. silic.*  
*Lanolin. aa* 5,0.  
 M. f. ung.

Um diese wieder zu entfernen, bedient man sich reinen Vaselins oder Oeles, worauf mit gewöhnlicher Seife oder mit Salicyl- resp. Naphtholseife abgewaschen wird. Auch nach Heilung soll das Verfahren noch 1—2 Mal wöchentlich wiederholt werden.

(Journ. de méd. et de chir. prat. 1897 No. 1. — Wiener medic. Presse 1897 No. 25.)

**Pneumonie.** Einen Fall von Thrombose der Vena femoralis bei croupöser P. erlebte Dr. J. Katz (Berlin) bei einem 37jährigen Arbeiter, der, früher stets gesund, an einer P. erkrankte, welch letztere aber weder besonders schwer, noch mit bedrohlichen Zeichen von Herzschwäche verlief, auch am 7. Tage in typischer Weise kritisirte. An diesem Tage fühlte sich Pat. schon ganz wohl und schlief gegen Mittag für kurze Zeit ein, als er plötzlich mit heftigem Schmerz im linken Bein aufwachte und sogleich die Zeichen der Complication aufwies. Erscheinungen am Herzen bestanden nicht. Unter permanenter Hochlagerung und Ruhigstellung des Beines ging das Oedem ganz langsam zurück, sodass Pat. nach ca. drei Monaten die Arbeit wieder aufnehmen konnte.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 27.)

— Einen Heftpflasterverband gegen Stiche in der Brust zu versuchen, veranlasste Solberg ein Fall von P. mit heftigem Seitenstechen, bei dem er Morphium nicht anwenden wollte. Der Erfolg war überraschend, und wurde auch bei 6 weiteren Fällen von P. ein recht günstiger Effect erzielt. Der Verband wurde ähnlich wie bei Rippenbrüchen angelegt und dazu nicht mehr als 2 Streifen von Empl. adhaes. americ. von 4 cm Breite gebraucht; in einem Falle, wo die Stiche wesentlich in der Schultergegend auftraten, wurde durch einen Heftpflasterstreifen direct unter der Achselhöhle Linderung erreicht.

(Norsk Mag. for Lægevid 6;96. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1897 No. 62.)

**Sklerodermie.** Mit Salicyl hat Bülow 1884 einen Fall geheilt. Jetzt publicirt Dr. A. Philippson (Hamburg) 2 schwere Fälle von S., welche er mit Salol behandelt und ebenfalls geheilt hat. Aus diesen 3 Fällen zieht er daher folgende Schlüsse:

1. Die S. ist, sowie die Hauthärte in Frage kommt, durch Salicylsäure zu bessern und zu heilen.
2. Eine frühzeitige Darreichung dürfte die fehlerhaften Stellungen, wahrscheinlich auch die späteren Atrophieen verhindern.
3. Die beste Form, Salicyl zu geben, ist das Salol, welches gleichzeitig das Jucken günstig beeinflusst und ohne Schaden für den Magen event. Jahre lang genommen werden kann. Die Tagesdosis beträgt 2—3 gr.
4. Sind bei längerem Bestehen Sehnen- und Muskelverkürzungen oder Gelenkstarre eingetreten, so müssen dieselben durch wohldosirte gymnastische Uebungen beseitigt werden.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 33.)

**Tabes dorsalis.** Einen Fall unabweifelhafter T. traumatica beschreibt Dr. R. Lammers (Erfurt). Ein 49jähriger Waldarbeiter will stets gesund gewesen sein, auch normale Sinne gehabt haben. Infection, Tabak- und Alkoholmissbrauch wird negirt. Seine Kinder leben und sind gesund. Nervenkrankheiten liegen in der Familie nicht vor. Am 20./VI. 94 trug Pat. einen  $\frac{5}{4}$  m langen Klotz, fiel und empfand sofort heftigen Schmerz an der Beugeseite des linken Oberschenkels. Es hatte eine Muskelzerreissung stattgefunden, wegen der er 4 Wochen behandelt wurde. Es waren darauf die Beschwerden soweit gehoben, dass er die Arbeit aufnahm. Jedoch nur fünf Tage war er mit Unterbrechung thätig, dann trat er wegen heftiger Schmerzen wieder in ärztliche Behandlung; seitdem hat er nicht mehr gearbeitet. Am 15./I. 95 ist, nach dem ärztlichen Gutachten, „an der Beugeseite im linken oberen Oberschenkel Drittel eine von oben nach unten verlaufende 10 cm lange, 3—4 cm breite, verhärtete, bis unter die Haut reichende Stelle zu fühlen, die auf Druck schmerzhaft ist. Gang schlotternd und verlangsamt. Umfangsdifferenz von 3 cm zu Ungunsten der verletzten Seite.“ Am 11./IV. 95 klagte Pat. bei seiner

Aufnahme in die Klinik über Schmerzen und Reißen im linken Oberschenkel, über die Unfähigkeit, längere Zeit zu gehen oder zu stehen. An der verletzten Stelle nichts Krankhaftes nachweisbar; sämtliche Gelenke des linken Beines nach allen Richtungen frei beweglich; Pat. geht mit einem Stock, die Bewegungen werden unbeholfen ausgeführt; Musculatur des linken Oberschenkels erheblich abgemagert, in derselben fibrilläre Zuckungen, Consistenz erheblich schlaffer.

			R	L
Umfang des Ober- schenkels	10 cm	oberhalb des	38,5 cm	37,0 cm
	20 "	oberen Knie-	47,5 "	44,5 "
	25 "	scheibenrandes	49,0 "	46,5 "
Grösster Wadenumfang . . . .			33,0 "	33,0 "

Kniephänomen beiderseits vorhanden, doch schwach. 2./V. 95: Pat. will seit einigen Tagen schlechter hören; er hört z. B. nicht mehr das Schlagen der Stubenuhr. Ausserdem klagt er über subjective Geräusche, ähnlich dem Vogelzwitschern. Trommelfell und Gehörgang normal, Luft- und Knochenleitung erhalten. Geruch und Geschmack normal. Bei erhaltener accommodativer Reaction besteht reflectorische Pupillenstarre, im Uebrigen Gesichtssinn normal. Sensibilität ungestört. Lunge, Herz normal; Puls 120. Bei geschlossenen Augen mit zusammengesetzten Füßen schwankt Pat., kann nicht Kehrt machen etc.; deutliches Brach-Romberg'sches Symptom. Die verletzte Extremität ist weiter abgemagert; Maasse durchweg 0,5—1,0 cm geringer, als oben angegeben. Elektrische Reaction qualitativ und quantitativ normal. Patellarreflexe schwach, doch vorhanden. 22./V. 95: An beiden Fusssohlen, besonders an der linken, deutliche Herabsetzung für tactile Reize. Knopf und Spitze einer Nadel werden nur theilweise richtig unterschieden, häufig verwechselt, häufig gar nicht empfunden. Aehnlich am Fussrücken. Sonst Sensibilität überall normal. 15./VI. 95. Patellarreflexe völlig erloschen. Unsicherheit beim Stehen und Gehen bedeutend ärger, zweifellose Ataxie. Wadenmusculatur weiter abgemagert, beiderseits Umfang 31,5 cm. Juni 1897: Die Krankheit hat sich typisch weiter entwickelt. — Dass hier das ziemlich schwere Trauma den Ausbruch des Leidens veranlasste, ist wohl

klar. Pat. arbeitete bis zum Unfall; vor Ablauf eines Jahres nach letzterem konnte die Diagnose auf Grund des ataktischen Ganges, der fehlenden Patellarreflexe, der reflectorischen Pupillenstarre, der Pulsbeschleunigung und der Störungen von Seiten des Ohres (nach den Autoren kommen solche bei T. in 2—4 % der Fälle vor) sicher gestellt werden, Symptome, die sich theilweise unter den Augen des Arztes entwickelten bei einem Manne, der bis zum Unfalle gearbeitet und an Syphilis sicher nicht gelitten hatte.

(Centralblatt f. innere Medicin 1897 No. 30.)

**Tuberculose.** Bemerkungen über die Bereitung und Anwendung des neuen Koch'schen Tuberculin machen die DDr. v. Nencki, v. Maczewski und v. Logucki (Warschau). Viel leichter und minder gefährlich für den Zerreiber der Culturen wäre es, wenn, anstatt dass man trockene Culturen verreibt, frische und reine Bouillonculturen einem hohen Drucke in der Luftpumpe ausgesetzt wurden und erst die auf diese Weise erhaltene Masse der Centrifugirung unterzogen würde. Aus der Fabrik erhält man das Präparat im Holzkästchen, in welchem sich ein mit gewöhnlichem Korkpfropfen verschlossenes Fläschchen aus dunklem Glase befindet. Dasselbe enthält 1 ccm einer trüben Flüssigkeit, welche 10 mg fester Substanz (T. R.) entspricht. Die erste Dosis soll  $\frac{1}{500}$  mg fester Substanz betragen, zu deren Bereitung 0,1 ccm des neuen Tuberculins mit 500 ccm einer sterilisirten 0,6 %igen Kochsalzlösung zu versetzen ist, von der dann 1 ccm  $\frac{1}{500}$  fester Substanz enthält. Die Verpackung mit Korkpfropfen ist nun wegen der Gefahr der Verunreinigung entschieden zu bemängeln; es müssten Glas- oder Gummistöpsel an deren Stelle treten. Dann ist die Dosirung und jedesmalige Anfertigung der Lösung in der Privatpraxis viel zu unbequem; vor jedesmaligem Gebrauche sich eine frische Kochsalzlösung zu bereiten, zu sterilisiren, mit der nöthigen Tuberculinmenge zu versetzen, das ist beschwerlich genug. Dazu kommt, dass die so zubereitete Flüssigkeit innerhalb 24 Stunden verbraucht werden soll. Sie reicht aber für 500 Kranke, während der Praktiker täglich höchstens einige wenige Injectionen zu machen hat. Nach erstmaligem Gebrauche bleiben im

Fläschchen 0,9 ccm Originallösung übrig; wollte man diesen Inhalt verbrauchen, so müsste man das Fläschchen so und so oft öffnen, wobei Verunreinigung kaum zu vermeiden wäre. Eine 1malige Dosis zu verpacken, wäre deshalb viel zweckmässiger und auch bedeutend billiger (jetzt kostet 1 ccm M. 8,50). Zudem kommt ferner, dass das Anwendungsgebiet des Mittels nach Koch ein höchst beschränktes ist; Kranke im letzten Stadium der T., Pat. mit Mischinfection, mit Temperaturen über 38° C. sollen ausgeschlossen sein. Ja, wie wenig fieberlose Pat. im Initialstadium, wie wenig reine Fälle von T. bekommt der Praktiker zu Gesicht! Die Autoren wandten das Mittel in einigen geeigneten Fällen an, erlebten aber recht unangenehme Nebenerscheinungen, was sie zur genaueren Prüfung des benützten Tuberculins veranlasste. Und was fand man darin? Zahlreiche Pneumokokken, Strepto- und Staphylokokken! Ueberimpfungen auf Glycerinagar ergaben Culturen! Zwei ganz frische Fläschchen wurden mit aller Vorsicht geöffnet und sofort untersucht: das gleiche Ergebniss! Alles das veranlasste die Autoren, die Behandlung mit dem neuen Tuberculin vorläufig abzuberechnen.

(Therap. Wochenschrift 1897 No. 23.)

- Ueber das neue Tuberculin\*) macht auch Dr. G. Schröder (Heilanstalt zu Hohenhonnef a/R.) eine kurze Mittheilung, die nicht gerade ermuthigend ist. Die Prüfung von drei plombirten, mit Glasstöpseln geschlossenen Fläschchen, deren Inhalt am 2. Juli hergestellt war und die am 6. Juli eintrafen, ergab, dass nicht aseptisches, sondern verunreinigtes Tuberculin geliefert worden war: es wurden in 2 Fläschchen spärliche Tuberkelbacillen, in allen zahlreiche Diplokokken (theilweise Kapselkokken),

---

\*) Auch Dr. Bussenius (Berlin, Klinik für Hals- und Nasenkrankheiten der Charité) behandelte 19 Pat., Prof. Schnittge (Bonn) 9 Pat. mit dem Mittel, und wenn auch ihre Resultate etwas bessere waren, als die obigen, so können sie doch keineswegs glänzende genannt werden und die Mittheilungen (Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 28) bilden keine besondere Empfehlung für das Präparat. Seitdem sind noch einige andere Mittheilungen erschienen, die alle die Nebenerscheinungen des Mittels, die Unsicherheit der Handhabung und die Unbequemlichkeiten hervorheben, sodass die Autoren vorläufig dem prakt. Ärzte die Anwendung des Mittels nicht empfehlen können.

Redact.



Einzelkokken, verschiedenartige Stäbchenbakterien und Schimmel- und Sprosspilze und deren Sporen, in einem Präparat Streptokokken gefunden. 3 Fälle wurden damit behandelt, und jedesmal war das Resultat eine Verschlimmerung des Zustandes. Die Reactionen waren zum Theil stürmische mit den vom alten Tuberculin her bekannten Erscheinungen, jedesmal trat Gewichtsabnahme ein, das Allgemeinbefinden litt, Magendarmstörungen, Kopfschmerzen u. s. w. zeigten sich, bei einem Pat. 14tägiges Fieber.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 29.)

— Die Mittheilungen über **Neu-Tuberculin** mehren sich. So erschienen jüngst u. A. Publicationen von Prof. Dr. Doutrelepon (Bonn, Klinik für Hautkrankheiten), Dr. Leick (Greifswald, Mosler'sche Klinik), Prof. Rumpf (Hamburg, Neues Allgem. Krankenhaus), Stabsarzt Dr. R. Müller (Berlin, Ohrenklinik der Charité), Dr. J. Herzfeld (Berlin). Auch hier sind die Resultate keineswegs zufriedenstellende gewesen, wenn auch hie und da Erfolge nicht fehlten. Rumpf zieht folgendes Resumé:

1. Das Tuberculin R. macht in der von Koch empfohlenen Dosis an der Infectionsstelle häufig schmerzhaft und entzündliche Infiltrationen der Haut, welche nur langsam wieder zurückgehen, in den seltensten Fällen zur Abscedirung kommen.
2. Bei langsamer Steigerung der injicirten Mengen gelingt es, gelegentlich mit nur minimalen Reactionen die Maximaldosis zu erreichen, aber es besteht keine Sicherheit, dass nicht an die Injection der gleichen, früher gut vertragenen Menge sich ein Fieberanstieg anschliesst, welcher zuweilen in einen remittirenden oder intermittirenden Fiebertypus übergeht.
3. Letzterer Umstand beweist auch, dass das Präparat hinsichtlich seiner Reaction, resp. Nicht-reaction kein constantes und zuverlässiges ist, denn auch minimale Dosen riefen öfters Fieber hervor, während höhere ohne jegliche Störung in demselben Falle vertragen wurden.
4. Die Reaction, welche auf die Injection von Tuberculin R. eintritt, besteht in manchen Fällen nicht nur in Temperatursteigerungen, sondern auch in erhöhter

Pulsfrequenz, leichter Cyanose und leicht gestörtem Allgemeinbefinden (Schwindel, Blutandrang zum Kopf, allgemeinen Schmerzen etc.).

5. Die erhöhte Pulsfrequenz und die übrigen Allgemeinerscheinungen können auch ohne oder mit ganz minimalen Temperatursteigerungen auftreten.
6. Ob durch die von Koch empfohlene Maximaldosis Immunität des Menschen bezüglich der T. eintritt, ist noch zu eruiiren; nach dem Auftreten von intermittirendem Fieber bei einem bis dahin fieberfreien Kranken im Anschluss an die als Maximaldosis empfohlene Menge von 20 mg TR erscheint aber diese Wirkung sehr zweifelhaft.
7. Sollte durch das Tuberculin R sich eine Immunität nicht erreichen lassen, so würde ein wesentlicher Vorzug des neuen Tuberculins vor dem alten nur in dem grösseren Gehalt an toxischer Substanz bestehen.
8. Unter diesen Verhältnissen wird man bei ganz initialen und beschränkten tuberculösen Processen der Lunge einen vorsichtigen Versuch mit dem TR machen können, aber an Stelle des bisher ungleichmässigen wird ein möglichst gleichmässig wirkendes Präparat von der Fabrik zu verlangen sein.

Müller berichtet über Entwicklung einer acuten tuberculösen Mittelohrentzündung während einer Cur mit TR. Ein seit längerer Zeit mit linksseitiger Ohreiterung behafteter Patient erhielt wegen bestehender Phthisis Injectionen mit TR. Dieselben übten einen bessernden Einfluss auf das Ohrleiden nicht aus, dagegen erkrankte während der Behandlung das bis dahin normale rechte Ohr ganz plötzlich und schwer, und über Nacht fand Eruption miliarer Knötchen statt, nachdem Tags vorher noch injicirt worden war. Herzfeld behandelte sieben Fälle von Larynxphthise mit dem Präparat; nur in einem Falle war der Erfolg ein günstiger, sonst aber war das Resultat ein negatives, sodass sicher die locale Therapie mehr geleistet hätte. Doutrelepont hat bei Lupus gute Besserungen gesehen und zieht das TR unbedingt dem alten Präparat vor. Aber auch er mahnt zur Vorsicht bei der Anwendung. „Im Anfange haben wir nach der 1. Dosis von  $\frac{1}{500}$  mg diese verdoppelt ( $\frac{1}{250}$ ), dann  $\frac{1}{100}$  mg u. s. w.; sehr bald beobachteten wir, dass

plötzlich höhere Temperaturen, als gewünscht, auftraten, während die Pat. die früheren Injectionen ohne jede Temperaturerhöhung vertragen hatten, und steigerten von da ab die Dosis viel langsamer, und zwar mit jeder Injection nur um  $\frac{1}{500}$  bis zu  $\frac{10}{500}$ , dann  $\frac{1}{50}$  bis  $\frac{10}{50}$  u. s. w., bis wir auf 1 mg kamen. Aber auch bei diesem vorsichtigeren Vorgehen haben wir in einzelnen Fällen nach einer Injection von  $\frac{2}{5}$  oder  $\frac{3}{5}$  mg Temperaturen bis  $39^{\circ}$  oder sogar über  $40^{\circ}$  C. beobachtet, welche jedoch am folgenden Tage wieder auf die Norm gesunken waren und die Pat. nicht besonders angegriffen haben. Seit der Zeit sind wir noch vorsichtiger mit der Steigerung der Dosen gewesen.“

(Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 34.)

- Die **Behandlung gewisser tuberculöser Geschwüre mit Belladonna** empfiehlt Hamant auf Grund seiner Erfahrungen. Der erste der behandelten Fälle wurde 1895 von Prof. Rémy wegen einer T. der rechten Leistendrüse operirt. Nach der Operation blieb ein Geschwür zurück, in dem zahlreiche Tuberkelbacillen nachgewiesen werden konnten. Jodoform, Sublimat, Salol, Chlorzink etc. blieben erfolglos, das etwa kronenstückgrosse Ulcus veränderte sich nicht. Als nach 6 Monaten sehr heftige Schmerzen darin auftraten, liess Autor eine Salbe von Extr. Bellad. 3,0:30,0 Vaselin. appliciren. Nach 4tägigem Gebrauch derselben nahm die Eiterung ab, der Schmerz war verschwunden, und es entwickelten sich schöne Granulationen. Als nach etwa 3wöchentlicher Behandlung die Vernarbung eine fast vollständige war, glaubte man, zu einem trockenen Jodoformgaze-Verband übergehen zu können. Allein nach 3 Tagen neuerdings heftiges Brennen, Wunde wieder aufgebrochen. Abermals Application der Salbe, nach 3 Wochen Heilung, die jetzt 3 Monate andauert. In einem zweiten Falle von tuberculösem Geschwür (der Schläfengegend) brachte die Salbe binnen drei Wochen vollständige Heilung, während die üblichen Mittel 6 Wochen lang vergebens angewandt worden waren. Im dritten Falle wurde ein tuberculöses Geschwür der Haut mit gleichzeitiger T. der blossliegenden Tibia nach der Operation ausserordentlich günstig beeinflusst, nachdem nach dieser lange Zeit keine Heilung eintreten wollte. Bei nicht tuberculösen Geschwüren blieb die Salbe wirkungslos.

(Bull. méd. 1897 No. 55. — Therap. Wochenschrift 1897 No. 30.)

- Mit dem Maragliano'schen Tuberculose-Heilserum hat Dr. O. Hager (Magdeburg) recht gute Resultate erzielt. Es hat vor dem Tuberculin schon den Vorzug, dass es Ansprüche an die Leistungsfähigkeit des kranken Körpers nicht stellt und auch in den vorgeschrittensten Fällen ohne Schaden anwendbar ist. Den Satz Maragliano's, dass das Mittel auf alle Symptome der T. von günstiger Wirkung sein kann, muss Autor bestätigen, und wenn er auch jetzt, nach Jahresfrist, noch keinen der Pat. für geheilt erklären kann, so ist doch nur einer von ihnen — es handelte sich meist um sehr kranke, ans Bett gefesselte Pat. — gestorben. Sehr deutlich trat die spezifische Einwirkung des Mittels beim Lupus zu Tage. Die Anwendung ist sehr bequem: das Serum wird einfach auf die kranken Stellen auf-gepinselt. Binnen Kurzem entwickelt sich dann in dem lupösen Gewebe eine Injection mit seröser Absonderung ohne Schmerzen; Tags darauf sind die Knötchen kleiner, bald die Geschwulst blasser u. s. w. Bei nicht allzu umfangreichen Herden genügt 1 ccm Serum für 3—4 Bepinselungen. Meist hat Autor 2 Mal täglich gepinselt und nach dem Verbrauch von einem 1 ccm haltenden Röhrchen eine Pause von 1—2 Tagen eintreten lassen. Nach mehrwöchentlicher oder mehrmonatiger Behandlung sind Knötchen kaum mehr nachweisbar, die ganze Parthie in trockener Abschilferung begriffen, wie ein gewöhnliches Ekzem aussehend. Die Narbenbildung ist eine vorzügliche, das Gewebe erholt sich oft ganz wunderbar. Ein 8jähriger Knabe, hereditär belastet, trug einen Gesichtslupus so heftiger und verbreiteter Art, dass ein operatives Verfahren den grössten Theil einer Nasenhälfte gekostet hätte; bei Serumanwendung erholte sich das Gewebe so, dass von einer solchen Entstellung keine Rede war.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 31.)

- Vier Fälle von Lymphgefässtuberculose im Anschluss an Lupus beobachtete Dr. Jordan (Heidelberg, chirurgische Klinik). Im ersten Falle traten bei einem seit drei Jahren bestehenden Lupus des Handrückens Knötchen- und Abscessbildungen im Verlauf der Lymphgefässe des Vorder- und Oberarmes auf, deren Eiter ausschliesslich Tuberkelbacillen enthielt. Im zweiten

Falle handelte es sich um ein lupöses Geschwür des kleinen Fingers, das zu Knötchenbildungen der entsprechenden Lymphgefäße des Vorderarmes und Abscessen im Sulcus bicipit. Veranlassung gab. Der dritte Pat. zeigte bei primärem verrukösen Lupus des Kleinfingerballens lupöse Efflorescenzen am Vorderarm, sowie subcutane Knötchen, die sich als tuberculöse Infiltrationsherde des Fettgewebes erwiesen. Im vierten Falle lag ein Lupus des Fussrückens mit zahlreichen lupösen Ulcerationen im Verlaufe der Vena saphena bis zur Schenkelbeuge vor, und es fanden sich ferner ein subcutaner Abscess, ein lymphangoitisches Knötchen im Subcutangewebe und ein tuberculöses Drüsenpaquet in der Inguinalgegend. Die Seltenheit solcher Fälle (bisher nur 13 bekannt) erklärt sich aus der Schwierigkeit des Nachweises, der nur an den oberflächlichen Lymphgefäßen zu erbringen ist, und aus der Seltenheit von Lupus der Hände und Füße. Zwei von den obigen Pat. waren Cigarrenarbeiter, die ja zur T. ausserordentlich disponirt, sehr oft phthisisch sind oder wenigstens hereditäre Belastung aufweisen. In den Cigarrenfabriken ist so die Gelegenheit zu localen Infectionen sicherlich eine günstige.

(26. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. — Beilage zum Centralblatt f. Chirurgie 1897 No. 28.)

- **Tuberkelbacillen in der Marktbutter** sind schon von einigen Autoren gefunden worden, aber noch nie so constant, als von Obermüller, der jüngst (Hygienische Rundschau, 15. Juli 1897) berichtete, sämtliche 14 von ihm geprüften Butterproben seien mit virulenten Tuberkelbacillen inficirt gewesen. Demgegenüber meldet jetzt Dr. Lydia Rabinowitsch (Institut für Infektionskrankheiten in Berlin) auf Grund von im Auftrage von Prof. R. Koch angestellten Untersuchungen:

„1. In sämtlichen achtzig untersuchten Butterproben, die aus verschiedenen Butterhandlungen, Markthallen etc. bezogen waren, fanden sich nicht ein einziges Mal Tuberkelbacillen, die durch Züchtung und pathologisches Verhalten im Thierexperiment als echte Tuberkelbacillen angesprochen werden konnten.

2. Dagegen riefen 23 Butterproben, gleich 28,7 % bei Meerschweinchen Veränderungen hervor, die sowohl makroskopisch wie mikroskopisch das Bild der echten T. vortäuschen konnten, jedoch bei genauerer Untersuchung sich mit Leichtigkeit von derselben unterschieden. Es handelte sich hierbei um bisher noch nicht beschriebene Bacillen, welche tinctoriell und morphologisch zwar dem Tuberkelbacillus sehr nahe stehen, sowohl culturell jedoch, als auch ihren pathogenen Eigenschaften nach bedeutend von dem echten Tuberculoseerreger abweichen.“

(Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 32.)

**Tumoren.** Ein sehr interessanter, selbst durch die Section nicht völlig aufgeklärter Fall von **multipler Sarkomatose** wird von Oberarzt Dr. Gläser (Hamburg, Neues Allgemeines Krankenhaus) publicirt. Eine 31jährige, vor 4 Wochen zum vierten Male niedergekommene Frau wurde am 22./I. 1897 aufgenommen, bleich und mager, zur Zeit fieberfrei, aber mit umschrieben gerötheten Wangen. Sie gab zwar im Ganzen verständige Antworten, machte aber doch den Eindruck, geistig nicht ganz frei zu sein, wie denn auch die bei ihr erhobene Anamnese, welche ergab, dass sie seit der letzten Entbindung gehustet, nicht ganz mit der Auskunft stimmt, die der Gatte ertheilt, dass sie bereits sechs Wochen vor der letzten Entbindung gehustet und Auswurf gehabt, in dem der Arzt auch Tuberkelbacillen entdeckt habe. Dieser Befund konnte vom Autor trotz zahlreicher Untersuchungen nie bestätigt werden; jetzt fand sich nur eine diffuse Bronchitis bei brilliantem Appetit, guter Stimmung, tragem Stuhl, kleinem frequenten Pulse. Am 2. Tage Temperatur 38,2°, am 3. und 4. Tage kein Fieber. Am 5. Tage nun begann der staffelförmige Anstieg zu einer sehr interessanten Fiebercurve: der Anstieg führte im Verlauf von 6 Tagen auf 40,2°, worauf 17 Tage lang eine Continua remittens um 39°, sodann durch 5 Tage Continua um 40° und dieser ein staffelförmiger Abfall durch 6 Tage folgte; im Ganzen 34 Tage Fieber. Nun 2 Tage subnormale Temperatur bis 34,6°, dann Anstieg bis 39,2° und neuer Abfall bis 34,6°. Nunmehr durch 9 Tage subnormale, allmähig ansteigende

Temperatur, die darauf am 10. Tage, zum 2. Male deutlich staffelförmig ansteigend, in 4 Tagen  $40^{\circ}$  erreichte und sich, einmal selbst bis  $41,2^{\circ}$  gehend, 15 Tage, bis zum tödtlichen Ende, um  $40^{\circ}$  hielt. Bis zum Ende des ersten 6tägigen staffelförmigen Anstieges hatte sich der ursprüngliche, bis auf die grosse Pulsfrequenz (zeitweilig bis 140) und das Fieber wenig beunruhigende Zustand erhalten; Milztumor und Exanthem liessen sich nicht (auch später nie) entdecken, obwohl erstere bei der Section sich als vergrössert erwies. Am 6. Tage aber zeigte die Brustuntersuchung an Stelle des noch Tags zuvor beobachteten Bronchialkatarrhs eine absolute, resistente Dämpfung (Schenkelton) über dem ganzen linken Thorax, vorn und hinten, mit Ausnahme einer zwischen beiden Achsellinien gelegenen, etwa doppelt handtellergrossen, zwischen die vordere und hintere Dämpfung eingeschobenen Fläche, welche annähernd normalen, etwas tympanitischen Schall ergab; der Traube'sche Raum erhalten, das Herz nicht verschoben; die linke Thoraxhälfte erweiterte sich unvollkommen, Intercostalräume jedoch nicht verstrichen. Im ganzen Bereiche der linken Lunge mit Einschluss der normalen Lungenschall ergebenden Parthie, keine Spur von Athemgeräusch vernehmbar, nur zeitweilig lautes Trachealathmen links neben dem 5. und 6. Brustwirbel in einem eng begrenzten Bezirk. Ebensowenig etwas von Stimmfremitus bemerklich, aber auch an der gesunden Seite nicht. Probepunction hinten, etwa im 7. oder 8. Intercostalraum, fiel negativ aus. Respiration leicht beschleunigt; kein Husten. Puls 140. Appetit gut bei völlig normaler Zunge. Dieser Status blieb 4 Tage. Am 5. ward links neben dem 6. und 7. Dorsalwirbel eine etwa 2thalergrosse, hell tympanitisch, fast metallisch klingende Stelle gefunden, die aber bei der Stäbchen-Percussion kein metallisches Geräusch und ebensowenig bei der Auscultation Athmungsgeräusch ergab. In den nächsten Tagen breitete sich dieser Schall radiär aus, sodass schon nach fernerem 2 Tagen im ganzen Bereich der Dämpfung vorn und hinten Lungenschall wiedergekehrt war. Vorn links im 2. Intercostalraum hörte man ein Reiben, das sich wohl der Herzaction anschloss, aber, da es nur in einer bestimmten Phase der Respiration

vernommen ward, vermuthlich in der Pleura entstand. Das Athemgeräusch war nun im oberen Theil des linken hinteren Thorax amphorisch, im unteren und an der vorderen Brustwand unbestimmt; im seitlichen Bezirk, in dem Dämpfung überhaupt nicht eingetreten war, vernahm man auch jetzt kein Athemgeräusch. In genau acht Tagen war dieser Process in der linken Lunge verlaufen. Der weitere Verlauf war hier so, dass auf der rechten Seite die Zeichen des Katarrhs sich erhielten, auf der linken bald wiederkehrten, und dass bis zu Ende die Thoraxbewegung der linken Seite etwas hinter der rechten zurückblieb; Respiration immer beschleunigt (30 bis 50), nie mühsam, Auswurf spärlich und schleimig. Vier Tage vor Beginn des staffelförmigen Abfalls ward Patientin sehr bleich, obgleich der Appetit immer gut war, der Ernährungszustand nichts zu wünschen übrig liess. Auch ward, bei andauernder Euphorie, Pat. zeitweilig unklar, schwerhörig und leicht ikterisch. Frequenz des kleinen, weichen, regelmässigen Pulses während der ganzen Krankheit 120—140. Es begann nun (am 28. Fiebertage) der staffelförmige Abstieg. Schon 10 Tage vor, sowie im Beginn desselben enthielt der bis auf 400 und selbst 200 ccm pro die beschränkte Urin bei sehr hohem spec. Gewicht (bis 1036) Spuren von Eiweiss. Der sehr träge, öfters 2—3 Tage ausbleibende, immer gut gefärbte Stuhl war, mit einer einzigen Ausnahme, immer gebunden. In den letzten Tagen des Fieberabfalles liess Pat., bei immer steigender Benommenheit, Alles unter sich. Auf kleine Dosen Trional trat bei der unruhigen Pat. Schlaf ein. Die Zunge blieb rein und feucht, der Appetit gut. Am 6. Tage nach Beginn des Abfalles hatte die Temperatur die Norm erreicht. Am folgenden und nächstfolgenden traten tiefe Collapse (34,6°) ein, der Puls betrug 100, Respiration 36; Pat. ward klarer, hörte besser. Einen Tag später erneuter Anstieg bis 39,2°, am folgenden Abstieg bis 34,4°, worauf sich die Temperatur 6 Tage um 36° hielt, dann langsam anstieg und am 9. Tag 37° überschritt, indessen die Diurese anstieg, bei abnehmendem spec. Gewicht, und 2000 überschritt bei eiweissfreiem Harn. 1 Mal Diazo-Reaction. Appetit sehr gross, Zunge normal, Pat. heiter und vergnügt. Nun neuer Anstieg, sodass die Temperatur in 4 Tagen, staffelförmig aufsteigend, 40° überschritt; indessen Diurese reichlich (bis 2500),



niedriges Gewicht (1010—1012). Auch jetzt kein Milz- oder Lebertumor. Continua (um 40°, 1 Mal 41,2°), Puls 130—140, Urinmenge sehr reducirt (400—600 ccm bis zum Tode). Nun wurde Pat. allmählig mürrischer, appetitloser, ikterischer (bei hartnäckiger Verstopfung), die Leber schwoll an, das inzwischen wieder hergestellte Gehör verschlechterte sich wieder, Apathie trat ein, dazwischen grosse Unruhe, lautes Schreien, schliesslich totale Unbesinnlichkeit, ausgebreitete livide Verfärbung der Nates, 18 Tage nach Beginn des 2. Fieberanfalls Tod. Sectionsbefund: Hirn, Herz, rechte Lunge normal, ebenso linke Lunge sammt Pleura; an der Lungenwurzel aber, den Bronchus einschliessend, kleinapfelgrosser Tumor, der wenig auf die Lunge übergreifen hat und anfänglich für einen 3. Lappen imponirte. Beiderseits Bronchitis. Auf dem Durchschnitt zeigte der ziemlich derbe Tumor ein tiefschwarzes Centrum, das von einem breiten grauweissen, speckig glänzenden Saum eingefasst war; offenbar handelte es sich um eine degenerirte Bronchialdrüse. Aehnliche Veränderungen an den Drüsen des vorderen Mediastinums, die unter dem Manubrium sterni einen mehr als wallnussgrossen Tumor bilden, ferner den Cervical- und Axillardrüsen, an den Drüsen der Porta hepatis (daher sicherlich der Ikterus, obgleich bei Druck auf die Gallenblase der Ductus choledochus durchgängig war). Milz 16:10:3; auf dem Durchschnitt über der gelblich-rothen Pulpa, den Corpuscula Malpighi entsprechend, zahlreiche, bis höchstens kleinerbsengrosse, weissgelbliche Knötchen, die sich derber als die Umgebung anfühlen. Leber 28:18:5; glatte Oberfläche, durch welche zahlreiche, meist linsengrosse, weissgraue Flecke hindurchschimmern, welche in die Leber hinein und als derbe weisse Knötchen die Schnittfläche überragen. Mikroskopisch findet man: Rundzellen-Sarkom. — Damit war also die Diagnose klargestellt. Bei der Aufnahme konnte man zunächst nur einen einfachen Bronchialkatarrh diagnosticiren. Dann kamen der charakteristische Fieberanstieg und der Verlauf des Fiebers, man musste an Typhus denken. Aber Durchfall, Milztumor, Exanthem fehlten, die enorme Pulsfrequenz, die normale Zunge, der brillante Appetit sprachen dagegen, besonders aber die am 6. Tage auftretenden Erscheinungen

einer exsudativen Pleuritis, welche letztere auf der Höhe des Typhus fast nie als Complication beobachtet wird. Man kam nun darauf zurück, dass der Hausarzt Tuberkelbacillen gesehen haben wollte, und sah die Pleuritis für tuberculös an. Aber die Diagnose der Pleuritis stand von vornherein auf recht schwachen Füßen: Freilich konnte das Freibleiben des Traube'schen Raumes in einer früheren Verwachsung seiner Pleurablätter begründet sein und die gleiche Ursache konnte eine Verschiebung des Herzens hindern; auch konnte, etwa gleichzeitig mit diesen Verwachsungen und durch die gleiche Veranlassung, die Lunge mit der Seitenwand des Thorax verlöthet und so die seltsame, durch eine resonirende Zone unterbrochene Configuration der Dämpfung bedingt sein. Aber das war Alles wenig wahrscheinlich. Für das gänzliche Fehlen des Athmungsgeräusches, auch an der Stelle, welche Lungenschall ergab, vollends fand sich gar keine Erklärung, wenn man nicht einen mit dem vermutheten Exsudat gleichzeitig eingetretenen Verschluss eines grossen Bronchus annehmen wollte. Das zwischen Fossa supraspin. sin. und Wirbelsäule hörbare Trachealathmen vernimmt man ja vielfach bei normalen Personen. Es musste aber auch schon auf Grund der Dauer der Erscheinungen und der Art ihrer Rückbildung die Diagnose aufgegeben werden; ein solches unter hohem Fieber verlaufenes, fast den ganzen Thorax füllendes Exsudat, das innerhalb 8 Tagen auftritt und verschwindet, giebt's wohl schwerlich. Eher ein Transsudat; aber auch ein solches, abgesehen davon, dass es doppelseitig zu sein pflegt, schwindet nicht in dieser Weise, nicht so, dass sich inmitten der absoluten Dämpfung eine schallende Zone entwickelt, die sich radiär und nach allen Seiten gleichmässig verbreitet, bis die ganze Dämpfung verschwunden ist. Man stand vor einem Räthsel. Wieder dachte man an Typhus, als jener staffelförmige Abstieg erfolgte, jener neue Anstieg, ein Recidiv zweifellos! Aber wieder sprachen die übrigen Erscheinungen dagegen, — kurz, die Sache blieb unklar bis zur Section, die aber auch noch manchen Punkt unaufgeklärt liess.

(Allgem. medicin. Central-Ztg. 1897 No. 48.)

— Ueber zwei Fälle von Sarkom des rechten Hodens nach Trauma berichtet Dr. Th. Rovsing (Kopenhagen). Die

Verletzung hatten sich die Pat. beim Aufspringen auf das Fahrrad zugezogen. Beide Pat. waren junge, gesunde Männer, in deren Familie keine erbliche Anlage zu malignen T. sich fand. Durch die Verletzung war in beiden Fällen zunächst ein Haematom entstanden, denn beide Pat. klagten unmittelbar danach über eine schmerzhaft<sup>e</sup> Anschwellung, die dann bestehen blieb, nachdem die Schmerzen nachgelassen hatten. Während nun bei dem einen Pat. die Geschwulst von dem Moment der Verletzung ab stetig zunahm, blieb sie bei dem anderen mehrere Monate lang unverändert und verwandelte sich dann plötzlich in einen grossen Tumor. Die Entstehung des Sarkoms erklärt Autor auf die Weise, dass das im Blut circulirende Tumorprotoplasma durch das Haematom gestaut war, und dass in Folge dessen, sowie in Folge der Gewebsverletzung die Geschwulst sich bildete. In beiden Fällen wurde durch die Castration Heilung erzielt; in beiden war nach 1 $\frac{1}{2}$  Jahr noch kein Recidiv und keine Metastase beobachtet. Autor hatte in beiden Fällen nach der Operation Arsenikbehandlung eingeleitet und glaubt, dass das günstige Resultat Köbner's Ansicht über den günstigen Einfluss des Arseniks auf Sarkome bestätigt.

(The Med. and surg. reporter 23./I. 97. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1897 No. 62.)

- Ueber ein Melanosarkom, entstanden auf traumatischem Wege, macht Oberarzt Dr. C. Sick (Hamburg, Neues allgem. Krankenhaus) Mittheilung. Ein 51jähriger Steward erlitt im Juni 1896 auf See eine Verbrennung zweiten Grades des linken Fusses mit heissem Wasser. Es entstand eine entzündete granulirende Wunde. Einige Tage nachher fiel eine Bank auf die Wunde und quetschte sie stark. Drei Tage nach diesem Insult bildete sich auf der granulirenden Wunde ein erbsengrosses Knötchen, das bald an Umfang zunahm. Therapeutische Maassnahmen waren erfolglos, Pat. wurde am 22./VII. ins Krankenhaus aufgenommen. Hier Excision der Wucherung und der linken vergrösserten Inguinal-Drüsen. Bei diesen und beim Tumor ergab das Mikroskop; Rund- und Spindelzellensarkom. Ehe die Wunde am Fusse geheilt war, traten am Unterschenkel kleine, bis hanfkornngrosse hämorrhagische Bläschen auf, deren Inhalt keine Blutkörperchen,

sondern nur grosse Zellen mit rundem, kleinem Kern enthielt. Diese Bläschen wuchsen, bildeten Knötchen und stellten mikroskopisch Melanosarkome dar. Nach Excision und Deckung der Defecte mit transplanterter Haut kurzer Stillstand des Leidens, bald jedoch massenhaftes Auftreten von hanfkorn- bis haselnussgrossen, tiefdunkelrothen bis schwarzen Knötchen am ganzen linken Bein, der Bauchhaut, dem rechten Oberschenkel und allmähig über den ganzen Körper. Die aufs Neue aufgetretenen linken Inguinaldrüsen bildeten grosse dunkelpigmentirte, ulcerirte Tumoren. Von diesen ausgehend, entstand nun ein schweres Erysipel, das aber keinerlei Einfluss auf die T. hatte, unter zunehmendem Marasmus trat Cystitis hinzu, und 10 Monate nach Beginn des Leidens war Pat. eine Leiche. Bei der Section fanden sich Knoten auch in den inneren Organen und Knochen. Die traumatische Aetiologie war eine so klare, dass die Berufsgenossenschaft ohne Weiteres eine Rente bewilligte.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1897 No. 15.)

- Ueber eine Geschwulstbildung durch Raupenhaare berichtete Dr. L. Spitzer (Wien, v. Mosetig'sche Klinik): Der 62jährige, sonst vollkommen gesunde und gut genährte Pat. zeigte auf dem linken Fussrücken einen halbkugeligen Tumor, der die vordere Hälfte des Dorsum pedis einnahm und 2 cm über das Niveau emporragte; derbe Consistenz, scharfe Begrenzung, im Allgemeinen glatte Oberfläche, blaurother, verdünnter Hautüberzug, durch den zahlreiche hirsekorn-grosse, lichtgelbe Knötchen durchschimmerten. Die Geschwulst sass unverschieblich fest und hatte offenbar auch die Strecksehnen in sich aufgenommen, da Pat. die Zehen nicht activ strecken konnte. Diese Fixation neben dem ziemlich raschen Wachsthum zu dieser Grösse in 3 Monaten lenkte den Verdacht auf Malignität des Tumors, der aber, da Pat. die Amputation verweigerte, nur exstirpirt wurde. Er zeigte auf der Schnittfläche ein derbes, fibröses Gefüge, liess keinen Saft abstreifen und enthielt thatsächlich die Strecksehne in sein Stroma eingebettet. Ferner sprangen auf der ganzen Schnittfläche von den unmittelbar an die Cutis anschliessenden Lagen bis zu den tiefsten basalen Schichten des Tumors in ziemlich grosser Anzahl

jene hirsekorngrossen, bereits oberflächlich sichtbaren Knötchen vor. Mikroskopisch ähnelten dieselben durchaus Tuberkelknötchen. Sie bestanden aus epitheloiden Zellen, neben denen sich vereinzelt auch Riesenzellen fanden, und waren umgeben von einer peripheren Zone kleiner Rundzellen; im Centrum der epitheloiden Zellmasse eine Anhäufung von Leukocyten, theils rundlich, theils in Form eines länglichen Streifens. Die Gleichartigkeit der Knötchen neben dem Mangel an Verkäsung liess an einen Fremdkörper als Ursache der Knötchenbildung denken. Dieser fand sich auch in der central gelegenen Leukocytenanhäufung eingebettet als hellglänzendes, grüngelbes Gebilde von kreisrunder Form, an anderen Stellen als schief abgestutzter Cylinder oder als spitzes, nadelförmiges Gebilde, stets mit einem centralen Hohlraum von kreisförmigem Querschnitt. Grosse Aehnlichkeit mit Haaren. Daraufhin genaue Anamnese, die Folgendes ergab: Im vergangenen Herbst hatte Pat. während der Feldarbeit heftiges Jucken und Brennen an dem Fusse verspürt, über den er direct den Stiefel gezogen hatte. Um sich nicht zu stören, half er sich in der Weise, dass er mit dem rechten Absatz einige Male auf dem linken Fussrücken herumtrat. Als der Zustand aber unerträglich ward, zog er den linken Stiefel ab und fand darin eine grosse, dicht behaarte Raupe. Der Fuss, stark geröthet, schwoll stark an, war aber in 2 Tagen wieder normal. Im Winter bemerkte Pat. zum ersten Male ein erbsengrosses Knötchen, das ihm Schmerzen bereitete und in wenigen Monaten zur jetzigen Grösse anwuchs. Die Haare im Tumor erwiesen sich als solche vom *Bombyx Rubi* (Brombeerspinner), der im Herbst in grossen Massen erscheint, mit sehr dünnen und spröden, an der Spitze einen Widerhaken aufweisenden und central einen mit Ameisensäure gefüllten Canal besitzenden Härchen behaftet ist, die schon beim Kriechen der Raupe über die Haut abbrechen. Letzteres ist offenbar hier auch geschehen, die Härchen wurden ins Gewebe eingedrückt, die beim Abbrechen ausfliessende Ameisensäure bewirkte jene Röthung und das Jucken, die Fremdkörper führten später zu proliferirenden Veränderungen, vorwiegend zu einer chronischen knötigen Lymphangoitis (jene Anhäufung von Leukocyten in Streifenform stellte ein strotzend mit Zellen gefülltes

Lymphgefäss dar), und mit dem Wachsen der so zusammengesetzten Knötchen kam es zur Bildung eines Tumors, der sogar den Eindruck eines malignen machte, welcher Umstand solche Geschwülste zu recht wichtigen für den Praktiker stempelt.

(Wiener klin. Wochenschrift 1897 Nr. 26.)

— **Psammocarcinom in einem Cervicalpolypen** constatirte Dr.

R. Savor (Klinik Chrobak in Wien): Bei einer sonst anscheinend gesunden, sehr fettleibigen Frau von 75 Jahren wurde als Ursache von seit kurzer Zeit aufgetretenen Blutungen ein kleiner Cervicalpolyp entdeckt und entfernt. Bei der enormen Entwicklung des Panniculus adiposus und dem gleichzeitig bestehenden Meteorismus ergab die bimanuelle Untersuchung kein Resultat, die vaginale Exploration eruirte ausser dem Polypen und seniler Schrumpfung der Vagina nichts Abnormes. Der Polyp selbst bot klinisch nur das Bild eines von der hinteren Cervixwand ausgehenden Schleimpolypen dar, doch erregte einerseits der immerhin seltene Befund bei einer Frau dieses Alters, andererseits eine gewisse Vermehrung der Consistenz des Tumors den Verdacht, dass es sich um maligne Neubildung handeln könnte. Dieser Verdacht fand Bestätigung, und zwar sprach der Befund der histologischen Untersuchung dafür, dass in einen benignen Cervicaltumor ein maligner hineingewuchert war. Am weiblichen Genitale wurden Psammomkörner bisher nur in T. des Ovariums beobachtet, und auch hier ist es das Wahrscheinlichste, dass ein primäres Psammocarcinom des oder der Ovarien vorlag, das durch den Uterus in einen zufällig daselbst vorhandenen Cervixpolypen hineingewuchert ist. Uebrigens erkrankte Patientin drei Wochen nach Entfernung des Polypen fieberhaft; das Fieber, dessen Ursache nicht zu eruiren war, schwand nach zwei Tagen. Weitere 2 Wochen später — unterdessen war die Frau etwas abgemagert, sodass die Untersuchung besser gelang — konnte im linken Hypochondrium ein dem Segment einer Schale entsprechender, etwa faustgrosser, harter, fast ballotirender, respiratorische Verschieblichkeit zeigender Tumor nachgewiesen werden, der wahrscheinlich schon früher, wenn auch nicht in derselben Grösse, vorhanden war, und welcher die bei Psammocarcinomen so häufig vor-

handene Netzmetastase darstellen dürfte. Aus diesem Befund konnte unter Berücksichtigung der bisher beobachteten Fälle mit grosser Wahrscheinlichkeit auf eine allgemeine Carcinose des Peritoneums geschlossen werden; da sich ausserdem die Frau einer relativen Euphorie erfreute, wurde von einem Eingriff abgesehen, um so mehr, als ja der klinische Verlauf nicht der Laparotomie unterzogener Fälle meist ein langsamer, sich auf Jahre hinaus erstreckender ist.

(Centralblatt für Gynäkologie 1897 No. 30.)

- Die **Behandlung inoperabler Uteruscarcinome mit Chelidonium majus** wurde in der Prof. Landau'schen Klinik (Berlin), wie Dr. C. Freudenberg von dort mittheilt, seit October 1896 versucht und ergab, wenn auch nicht glänzende, so doch positive Resultate, indem bei der localen Application (ein Wattebausch, mit 50%iger Lösung von Extract. chelidonii — zur Verdünnung wurden schwache antiseptische Lösungen verwandt — getränkt und gegen die Wucherung, resp. in die Geschwulsthöhle gepresst) bis zu einer gewissen Tiefe eine förmliche Einschmelzung der Geschwulstmassen erzielt wurde, sodass in 2 bis 3 Tagen statt eines wuchernden Blumenkohlgewächses ein Krater entstand, der jauchige Zerfall hintangehalten, der scheussliche Gestank ganz oder fast ganz beseitigt und auch die Blutungen oft eingeschränkt wurden; das war Alles, aber es genügt doch, um die Therapie bei ihrer Schmerzlosigkeit und Gefahrlosigkeit empfehlenswerth erscheinen zu lassen, um das Loos der Pat. etwas zu mildern. Bestehen erhebliche Blutungen, oder handelt es sich um stark wuchernde Geschwülste, so wird der mit der Chelidoniumlösung getränkte Bausch durch Tamponade der Scheide fest gegen die Geschwulst gepresst und so gleichzeitig eine Compression ausgeübt; es muss in diesen Fällen ein täglicher Verbandwechsel stattfinden. Sonst werden mit einem Faden umwickelte Tampons verwendet, welche die Pat. am nächsten Tage selbst entfernen; alsdann brauchen sie nur in Zwischenräumen von 2—4 Tagen zu erscheinen, und machen in der Zwischenzeit sich selbst desinficirende Scheidenausspülungen.

(Ibidem.)

**Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.**

---

Soeben ist erschienen und durch alle Buchhandlungen zu beziehen:

# **Taschenbuch der Harnanalyse**

**VON**

**Sanitätsrath Dr. Livius Fürst**

**in Berlin.**

---

**Mit zwanzig Abbildungen im Text.**

---

**In biegsamem Einbände**

**Preis: 2 Mark.**

Dieses ausserordentlich praktische Werkchen gehört thatsächlich in die Hand eines jeden vielbeschäftigten Arztes, indem es die wichtigsten und am leichtesten ausführbaren Methoden der Harnuntersuchung übersichtlich zusammenfasst. Einfachheit und Zuverlässigkeit sind die Hauptvorzüge dieses Leitfadens, der sich sicherlich bald als werthvoller Rathgeber des ärztlichen Praktikers einführen wird.





Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N. 2.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. exkl. Porto.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**

aus der gesamten Fachliteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Grætzner in Sprottau.*

Verlag von Carl Salimann in Basel und Leipzig.

---

*November*

*VII. Jahrgang*

*1897*

---

**D**ie früher erschienenen sechs Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

**Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.**

**Durch alle Buchhandlungen zu beziehen!**

---

## **Anaemie, Chlorose. Perniciöse Anaemie in Folge von**

**Dünndarmstricturen** constatirte Prof. Dr. Knud Faber (Copenhagen) bei einer 27 Jahre alten Pat., welche an Müdigkeit, Kurzathmigkeit, Uebelkeit, Erbrechen, unregelmässigen, dünnen Entleerungen litt; objectiv war am auffallendsten die starke Anaemie, die ihr eine gelblich-weiße, wachsblasse Hautfarbe gab, ausserdem fanden sich ziemlich starke Oedeme, ein wenig aufgetriebener Leib und bei Palpation am Abdomen ein überall deutlich nachweisbarer plätschernder Laut. Pat. fing zu fiebern an, wurde komatös, Oedeme und Meteorismus nahmen zu, es trat der Exitus ein. Hatten schon die blassere, wachsgelbe Farbe ohne besondere Abmagerung, die Oedeme, ein systolischer Blasenlaut über der Arter. pulmonal. und in den Halsgefässen, die Kurzathmigkeit, der Schwindel, das Fieber auf extreme Anaemie ge-

deutet, so war diese Diagnose durch die Blutuntersuchung völlig gesichert worden. Dieselbe ergab 600 000 rothe Blutkörperchen im Cubikmillimeter, eine Haemoglobinmenge von 20 %, ausgeprägte Makrocytose, grosse Riesenblutkörperchen; speciell die bisweilen colossalen Megalocyten berechtigten dazu, echte perniciöse Anaemie zu diagnosticiren. Woher aber kam diese? Bei der Section fanden sich im Dünndarm zwei Stricturen, beide mit Bleistift gerade noch passirbar; über ihnen war der Darm bedeutend dilatirt, unterhalb aber eingefallen und atrophisch. An der einen sah man ein circuläres Ulcus mit aus narbenähnlichem, fibrösem Gewebe bestehenden Grund und nicht erhabenen oder regelmässigen, sondern scharf abgeschnittenen Rändern, an der anderen ein paar geringere Substanzverluste, aber zahlreiche, anastomosirende, fibröse, strahlenförmigen Narben ähnliche Striche, ja an einer Stelle ein deutlich strahlenförmiges Wundmal. Diese stricturirenden Ulcerationen sahen wie tuberculöse oder syphilitische aus, beide ätiologische Factoren aber waren hier sicher auszuschliessen, und die Aetilogie blieb unklar. Sie hatten in vivo wohl Symptome verursacht, die darauf zurückgeführt werden konnten: die chronische Diarrhoe, der Meteorismus, das starke Plätschern; dagegen fehlten die von Gurgeln begleiteten Koliken (dadurch verursacht, dass der oberhalb der Stricture dilatirte Darm sich durch die Stricture entleert) und ein Tumor. Es musste also zweifelhaft erscheinen, ob das Plätschern nicht von der Diarrhoe allein herrührte, namentlich da es sich verlor, als diese sich besserte, und erst die Section klärte die Sachlage auf. Anaemie wird ja stets durch Dünndarmstricturen bewirkt, aber nie in so hohem Grade, wie hier, wo sie direct als perniciöse sich zu erkennen gab. Der intestinale Ursprung einer perniciosen Anaemie ist bekannt bei *Bothriocephalus latus*, wo sicher ein im Intestinaltractus entstehendes Gift einwirkt, das eine Destruction der rothen Blutkörperchen hervorruft. Auch bei der Stricturenanaemie muss dieses der Fall sein, und ist hier wie dort vielleicht ein bestimmter Grad von Infection des Darminhalts erforderlich, damit die Anaemie entsteht. Bei *Bothriocephalus* sieht man oft die Pat. Jahre lang mit

dem Bandwurm herumgehen, ohne dass sie anämisch werden; aber plötzlich entwickelt sich dann jene hochgradige Anaemie. Auch obige Patientin begann erst  $\frac{1}{2}$  Jahr vor dem Tode sich krank zu fühlen, vorher war sie ganz gesund; dass die Stricturen indess älteren Datums waren, zeigten die weitverbreiteten narbigen Veränderungen und dann noch der Umstand, dass Pat. schon 1 Jahr vorher wegen Meteorismus ärztlichen Rath gesucht hatte, dass sie sogar dadurch der Gravidität verdächtig wurde.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 30.)

- **Eisensomatose** (Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co., Elberfeld) hat Privatdoc. Dr. E. Roos (Freiburg. medic. Poliklinik) versucht und mit dem hellbraunen, in Wasser leicht löslichen, etwa 2 % Eisen in organischer Bindung enthaltenden Pulver recht befriedigende Resultate erzielt. Es wurden damit eine Anzahl schwächlicher und chlorotischer Mädchen behandelt, ohne dass deren Lebens- und Ernährungsverhältnisse geändert wurden, mit dem Erfolg, dass innerhalb kurzer Zeit das Körpergewicht und der Haemoglobingehalt des Blutes zunahm, der Appetit sich hob und das Allgemeinbefinden und der Kräftezustand sich erheblich besserten. Dies trat auch bei 2 Fällen ein, die vorher längere Zeit mit anderen Eisenpräparaten behandelt waren, und zwar ohne Erfolg. Eisensomatose gab Autor in Tagesdosen von 5—10 gr, in 2—3 Theilen in beliebigen Flüssigkeiten der täglichen Nahrung gelöst. Bei täglicher Einnahme von 10 gr trat bei drei Fällen noch eine abführende, ganz erwünschte Wirkung zu Tage, andere zeigten diese Wirkung nicht, die auch stets bei 5 gr pro die ausblieb.

(Therap. Monatshefte 1897 No. 9.)

**Anaesthesie, Narkose.** Auf einer Berliner Unfallstation prüfte Dr. Lohmann das Eucain-B als Localanaestheticum in der Chirurgie. Eine 10 %ige Lösung ergab sehr befriedigende Resultate. Bei Abscessen und Carbunkeln wurden 1—2 Pravaz'sche Spritzen davon injicirt, wodurch die Incisionen, Auskratzen etc. völlig schmerzlos wurden; ebenso bei kleineren Phlegmonen, während bei grösseren 3—4 Spritzen erforderlich sind.

Auch Fremdkörper-Extractionen gelangen sehr gut. Bei Finger-Exarticulationen genügten 1—2 Spritzen. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden nie beobachtet.

(Therap. Monatshefte 1897 No. 8.)

- **Orthoform als Localanaestheticum bei Wundschmerz, Brandwunden, Geschwüren etc.** empfehlen warm Prof. Dr. A. Einhorn und Dr. R. Heinz (München). Orthoform ist p. Amido m. Oxybenzoësäuremethylester, ein weisses, leichtes Pulver ohne Geschmack und Geruch. Es ist in Wasser nur wenig und langsam löslich, ein Hauptvorzug vor anderen Anaestheticis; es löst sich gerade genügend Substanz, um eine ausreichende, anästhesierende Wirkung entfalten zu können, andererseits erfolgt die Lösung so langsam und allmähig, dass immer nur kleine Mengen durch Resorption weggeschafft werden können, sodass die Wirkung sich auf viele Stunden, ja Tage erstrecken kann. Orthoform als Pulver oder 10 %ige Salbe wirkte aber bloss da, wo es Gelegenheit hatte, mit blossliegenden Nervenendigungen in Berührung zu kommen; wo kein Hautverlust vorliegt (z. B. bei Verbrennungen I. Grades), bleibt es unwirksam. Ueberraschend ist die Wirkung bei Verbrennungen III. Grades; oft werden die heftigsten Schmerzen in wenigen Minuten vollständig und dauernd gestillt. Hier macht sich auch die secretionsbeschränkende Wirkung des Orthoform vortrefflich bemerkbar; es erfolgt sehr rasch Heilung. Ebenso in die Augen springend ist die Wirkung bei schmerzhaften Geschwüren. Ein Pat. mit exulcerirtem Gesichtskrebs, der seit Monaten an heftigen Schmerzen litt, konnte auf Application von Orthoform zum 1. Mal seit langer Zeit die Nacht schlafen; derselbe erhielt in einer Woche ca. 50 gr aufgestreut, was schon die Ungiftigkeit des Mittels, die übrigens auch experimentell festgestellt wurde, hinlänglich kund thut. Orthoform wirkt auch energisch antiseptisch und ist daher zugleich ein ausgezeichnetes Wundheilmittel. Bei Unterschenkelgeschwüren bewährte es sich nach dieser Richtung und als Anaestheticum vortrefflich, ebenso bei einer Anzahl frischer Verletzungen, bei Rhagaden (der Lippe, Mamma, des Anus), bei Excoriationen und Ulcerationen (der Zunge, Lippe etc.), auch solchen des Kehlkopfes, wo es

viel energischer und länger die Beschwerden zum Verschwinden brachte, als Cocaïn. Auch intern, bei Ulcus und Carcinoma ventriculi, angewandt, leistete das Präparat gute Dienste, hier aber mehr das lösliche, salzsaure Orthoform, das mehrmals täglich zu  $\frac{1}{2}$ —1 gr verabreicht wurde. Darüber, sowie über Verwendung des Präparates (hergestellt in den Farbwerken Höchst a. M.) bei Affectionen des Genitalapparats, der Nase, des Rachens u. s. w. sollen weitere Publicationen erfolgen.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 34.)

— Ueber die **Wirkung und Anwendung eines neuen localen Anaestheticums, des Holocaïns**, macht Dr. A. Natanson (Moskau, Augenheilanstalt) Mittheilung, der das Präparat (Farbwerke in Höchst a. M.), ein Derivat des Phenetidins und verwandt mit dem Phenacetin, im Laufe von  $1\frac{1}{2}$  Monaten bei gegen 80 Augen geprüft hat und damit ebenso zufriedenstellende Resultate erzielte, als Hirschberg und viele andere Autoren vorher. Auch nach ihm ist Holocaïn ein vortreffliches locales Anaestheticum, das vor dem Cocaïn verschiedene Vorzüge hat:

1. Es ist schon in schwächerer Concentration wirksam und wirkt rascher als Cocaïn, was z. B. bei Extraction von Fremdkörpern u. A. recht erwünscht ist. 1—2 Tropfen einer 1%igen wässrigen Lösung von Holocaïn. muriat. in den Conjunctivalsack eingeträufelt, reichen vollkommen für alle Zwecke aus. Schon nach Ablauf von  $1\frac{1}{2}$  Minuten kann man operiren. Die Eröffnung z. B. eines subconjunctivalen Abscesses (vereiterte Meibom'sche Drüse) mit dem Messer, bei einem Collegen  $1\frac{1}{2}$  Minuten nach der Einträufelung vorgenommen, ging schmerzlos von staten. Die Anaesthetie hält 5—15, durchschnittlich 10 Minuten an, durch wiederholtes Einträufeln kann sie verlängert werden (nach Löwenstamm's Versuchen durch 2maliges Einträufeln mit 5 Minuten Zwischenraum durchschnittlich auf 19 Minuten, durch 3maliges, gleichfalls alle 5 Minuten, auf 30 Minuten).
2. Holocaïn ruft keine Pupillenerweiterung hervor, lähmt nicht die Accommodation und ruft keine

Austrocknung und Trübung der Cornea hervor, auch die Herabsetzung des intraocularen Druckes und die Erweiterung der Lidspalte und Vortreibung des Augapfels fallen fort. Was das zu besagen hat, wie vortheilhaft das z. B. bei Operationen ist, ist klar.

3. Holocaïn ist auch bei heftiger, entzündlicher Reizung des Auges wirksam, wo Cocaïn so oft im Stiche lässt.
4. Holocaïn ist sehr haltbar und billig (1 gr kostet noch nicht soviel, wie Cocaïn, das ausserdem viel höher zu concentriren ist).

(St. Petersburg medic. Wochenschrift 1897 No. 32.)

- Auch Prof. Vossius macht Mittheilung über Holocaïn. Dasselbe wurde in 1 %iger Lösung angewandt, und zwar genügten schon 30—35 Secunden nach dem Einträufeln von 2—3 Tropfen in den Conjunctivalsack, um Anaesthesia der Binde- und Hornhaut zu erzielen. Ein Vorthail des Mittels besteht darin, dass die Pupille nicht, wie beim Cocaïn, erweitert wird; auf die Accommodation wirkt es nicht ein. Es lähmt die peripheren Nervenendigungen in der Hornhaut. Bei der Anaesthesia tritt eine leichte Hyperaemie der Bindehaut ein; die Einträufelung verursacht keine nennenswerthe Schmerzempfindung. Das Mittel wurde mit gutem Erfolge zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Cornea und bei Discissionen der Linse und des Nachstaars verwendet, zu welchen Eingriffen es besonders statt des Cocaïns empfohlen werden kann.

(Medicin. Gesellschaft in Gießen, 29. Juni 1897. —  
Vereinsbeilage der Deutschen medic. Wochenschrift 1897 No. 25.)

- Guajacol als Anaestheticum für die Nase versuchte E. Geronzi, um das immerhin nicht ungefährliche Cocaïn zu vermeiden. Die Resultate waren recht ermuthigend. Benützt wurde folgende Lösung:

Rp.

*Guajacol. 2,0*  
*Spir. vin. rectific.*  
*Aq. dest. aa 15,0*  
*Ol. Bergam. gtt. nonnull.*

M. D. S. Aeusserlich!

Will man das Naseninnere anästhetisch machen, so wird der mit dieser Lösung getränkte Wattetampon in die entsprechende Nasenhöhle eingeführt und daselbst fünf Minuten belassen. Man kann dann schmerzlos Polypen extrahieren, galvanokaustische Operationen ausführen u. s. w. Den Pharynx bepinselt man 2—3 Mal in 5 Minuten langen Intervallen; die Anaesthetie dauert dann ca.  $\frac{1}{2}$  Stunde, und man kann noch hier kauterisiren, adenoide Vegetationen beseitigen und Aehnliches. Aber das Guajacol hebt nicht, wie Cocaïn, auch die tactile Sensibilität auf, weshalb man nicht im Stande ist, die Ausführung der Rhinoscopia poster. bei sehr empfindlichen Patienten zu erleichtern.

(Archivio italiano di otologia, rinolog. e laring. III. 1896. —  
Der ärztl. Praktiker 1897 No. 18.)

### **Blutungen. Stypticin bei Gebärmutterblutungen hat Dr.**

M. Nassauer in Dr. Gottschalk's Privatklinik (Berlin) bei 49 Fällen angewandt und damit sehr befriedigende Resultate erzielt. Wo sofortige Wirkung erwünscht war und es die äusseren Umstände zulassen, wurde je eine Spritze einer 10 %igen wässrigen Lösung in beide Glutäen gespritzt, sodass also eine 1malige Dosis von 0,2 applicirt wurde, während sonst intern 4—5 Mal tägl. à 0,1 gegeben wurde (E. Merck fertigt jetzt Gelatineperles à 0,1). Bei beiden Arten der Einverleibung blieben unangenehme Nebenwirkungen aus. Was nun die einzelnen Fälle anbelangt, so wirkte das Stypticin ideal bei klimakterischen B. (drei Fälle, sämmtlich prompter Erfolg), fast ebenso gut bei B. in Folge von schlechter Rückbildung des Uterus nach Abort (12 Fälle) und von Subinvolutio uteri post partum, wo aber die Erfolge geringer waren, selbst ausblieben, wo noch Eireste vorhanden waren. Auch bei endometrischen B. wurden Dauererfolge (nur nach vorhergehendem Curettement!) erzielt, wo trotz desselben die B. persistirten. Ganz ausgezeichnet wirkte das Mittel bei reflectorischen B., d. h. Menorrhagieen bei nicht nachweisbar erkranktem Uterus, aber irgendwie afficirten Adnexen (zehn Fälle). Endlich war die Wirkung bei Myomen mehrmals eine zufriedenstellende, es ist hier als Abwechselungsmittel neben Secale und Hydrastis

ebenfalls sehr gut zu brauchen. Das Gramm Stypticin kostet jetzt nur 50 Pf.

(Therap. Wochenschrift 1897 No. 32/33.)

- Einen Fall von Haematom der äusseren Genitalien schildert Dr. Binder (Plauen i/V.). Solche Haematome, ausserhalb der Schwangerschaft und Entbindung entstanden, sind sehr selten, und die Fälle, die beschrieben sind, entstanden durch grobe mechanische Verletzungen, wie Fall auf die Geschlechtstheile. Anders der vorliegende Fall, wo ohne vorausgegangenes Trauma oder besonders starke Anstrengung ein grosses Haematom des rechten Labiums und der ganzen rechten Scheidenwand auf einen Bluterguss in das Gewebe des rechten Gefässes folgte, und wobei anscheinend ohne Zusammenhang mit der rechten Seite auch auf der linken Seite des Gefässes sich ein kleiner Bluterguss vorfand. Ueber den Fall sagt Autor Folgendes: „Am 12. Mai a. c. Mittags ward ich zu der 39jährigen Frau B. gerufen. Ich fand dieselbe sich vor Schmerz hin und her krümmend und den Versuch machend, Stuhl zu entleeren. Sie gab an, dass sie vor ca. 1 Stunde eine Wanne mit etwa drei Eimer Wasser von einem Stuhl auf den Boden gehoben habe, dabei habe sie plötzlich einen stechenden Schmerz im untersten Theile des Leibes verspürt mit heftigem Drang zum Stuhl, aber trotz mehrfacher Versuche wolle sich derselbe nicht einstellen, der Schmerz aber steigere sich immer mehr. Die Untersuchung der 39jährigen, mittelkräftigen Frau, die 3 Mal, zuletzt vor 16 Jahren, geboren hat und die 14 Tage vorher ihre regelmässige, 4wöchentliche Periode hatte, ergab vollkommen weiches Abdomen, äussere Bruchpforten geschlossen. Die rechte Schamlippe leicht vergrössert, schmerzhaft bei Berührung, Haut und Schleimhaut von normaler Farbe und Temperatur. Scheide, Uterus und Adnexe ohne Abnormität. Der Mastdarm war leer, zeigte weder äussere, noch innere Haemorrhoidal-knoten. In der Mitte zwischen After und rechtem Sitzbeinhöcker zeigte sich die Haut in Hühnereigrösse geschwulstartig vorgetrieben, stark gespannt, leicht bläulich durchschimmernd und schmerzhaft bei Druck. Ordination: Grosse Eisblase auf die Genitalien. Bei meinem 2. Besuch, drei Stunden



später, zeigte sich die rechte Schamlippe fast faustgross geschwollen, dunkelblauroth, die Scheide in ganzer Länge durch eine von der rechten Seite vorspringende, dunkelblaurothe Geschwulst fast ganz ausgefüllt, die Stelle an den Nates der rechten Seite ebenfalls dunkelblauroth in grosser Ausdehnung, jetzt von fast viereckiger Gestalt, nach hinten begrenzt von einer Linie, die gerade von dem vorderen Rand der Afteröffnung bis kurz vor den Sitzbeinhöcker führt, median vom After bis zur Vulva, lateral vom Sitzbeinhöcker bis in die rechte Schamlippe. Die im Uebrigen ganz normale linke Seite zeigte genau in der Mitte zwischen After und Sitzbeinhöcker eine circa grochengrosse bläuliche Stelle, die sich auch im weiteren Verlauf nicht vergrösserte. Die Schmerzen waren noch gross, der Stuhl drang hatte etwas nachgelassen, Urindrang bestand nicht. Unter weiterer Eisbehandlung waren am anderen Morgen die Schmerzen geringer, Stuhl und Urin war entleert worden, die pralle Spannung der Geschwulst hatte nachgelassen. Die Resorption des Blutergusses erfolgte dann innerhalb von 14 Tagen rasch, sodass nach dieser Zeit nur noch eine grünliche Verfärbung der Haut zurückblieb. Mit dem Schwinden der Genitalgeschwulst zeigte sich in der 2. Woche der Erkrankung eine grünliche Verfärbung der Haut des Abdomens in schmaler Zone längs des Poupart'schen Bandes bis zum rechten Darmbeinkamm.“ Autor glaubt, dass die Blutung, da sie zuerst in der Analgegend sichtbar ward und sofort mit dem Schmerz ein heftiger Stuhl drang auftrat und auch links vom Mastdarm der Bluterguss sichtbar ward, wahrscheinlich einer Arteria oder Vena haemorrhoidalis entstammte und das Blut sich erst secundär einen Weg in das lockere Gewebe der Genitalien gesucht hat. Bei dem Fehlen jeder Ursache, die sonst hier zum Platzen von Gefässen zu führen pflegt, ist vielleicht in übermässigem Alkoholgenuss — Pat. trank seit circa drei Jahren täglich einige Glas Bier und  $\frac{1}{2}$  Liter Schnaps — und einer dadurch herbeigeführten Veränderung der Gefässwandungen die Ursache zu suchen, warum bei einer der Frau sonst gewohnten Anstrengung die Blutung auftrat.

- Einen Beitrag zur Aetiologie der Darmblutungen nach Herniotomie liefert Dr. J. Zamazal (Wsetin). Eine 58jährige Frau hat seit 15 Jahren einen linksseitigen Leistenbruch. Incarceration desselben am Abend des 30./III. 97. Autor erscheint 3 Stunden später; alle Repositionsversuche misslingen. Tags darauf Erbrechen fäculenter Massen, schwacher Puls (Pat. hat atheromatöse Arterien). Herniotomie, ganz ohne Narkose; Darm tiefroth verfärbt, Bruchring stark geschlossen, tiefe Einschnürung an der eintretenden Schlinge. Reposition gelingt bald; Etageknähte und Drain. Bald Windabgang, am 2. und 3. Tage breiiger Stuhl von selbst, dann Verstopfung; nie Fieber. Am 11./IV. Abends ging per anum etwa  $\frac{1}{2}$  Liter reinen Blutes ab. Pat. will am vorigen und demselben Tage mehr Cognac und Wein als gewöhnlich getrunken haben. Ordination: Opium mit Ergotin, Kälte aufs Abdomen. Die profusen B. wiederholten sich aber in der Nacht noch 3 Mal, sodass Pat. sehr anämisch ward. Befund am 12./IV. 97: Wunde per primam geheilt bis an die Dräinstelle. Aus dieser Stelle floss reines Blut, auch war der Verband ganz blutgetränkt, was vorher nie der Fall gewesen. In der rechten Bauchhöhle gegend hühner- bis faustgrosse Geschwülste zu palpieren; sie bildeten ein Convolut von der Grösse eines Kinderkopfes, mit den Darmschlingen beweglich, birnförmig, mit seinem engeren Ende zur Wunde gekehrt, von geringem Schmerzgefühl beim Betasten. Dieses Geschwulstconvolut hatte sich in den letzten 24 Stunden gebildet, zur Zeit der Darmblutung. Sehr schwacher Puls, Temp. 36°. Neuer Verband, die gleiche Therapie. Trotzdem am Tage noch einmal, in der Nacht drei Mal profuse B. Am 13./IV. 97: B. haben aufgehört, Pat. aber sehr anämisch, Puls schwach, Temp. 35,7°. Geschwulstconvolut noch grösser wie am Vortage. Von der Stelle der Drainage aus dauerte der Ausfluss des reinen Blutes noch einige Tage, allmählig geringer werdend. Bald begann auch die Geschwulstresorption im Bauche, die Stelle der Drainage heilte, Fieber war zu keiner Zeit vorhanden; nach einigen Wochen völlige Heilung. — Was war jenes Geschwulstconvolut gewesen? Um Neubildung, Kothanhäufung, Exsudat konnte es sich nicht handeln, dagegen

sprach Alles für Bluterguss in das Mesenterium der Darmschlingen: das rasche Entstehen und Wachsthum, die Fieberlosigkeit, die Beweglichkeit, geringe Schmerzhaftigkeit und traubenförmige Gestalt des Tumors, das Zusammenfallen mit der Darmblutung und den B. aus der Wunde. Alle diese B. verdanken ihr Entstehen sicher Thrombosen, indem die atheromatösen Gefässe der alten Pat. bei der Reposition und den Operationen Läsionen ausgesetzt waren. Dazu kam ein übermässiger Alkoholgenuss, der den Blutdruck bedeutend vergrösserte.

(Wiener medic. Wochenschrift 1897 No. 38.)

- Eine mächtige, tödtlich endigende Hirnblutung bei Morbus maculosus Werlhofii beschreibt E. Hoke (Prag, v. Jacksch'sche Klinik). Eine 59jährige Frau, die bisher nie krank gewesen sein wollte, bekam vor 14 Tagen plötzlich, ohne jede nachweisbare Ursache, zuerst an den Händen, dann auch an den Füßen und am Rumpf einen Ausschlag, welcher aber der Pat. keinerlei Beschwerden machte und stellenweise in circumscripten, grösseren Flecken, stellenweise punktförmig auftrat. Manche dieser Flecke verloren bald ihre rothblaue Farbe und nahmen einen Stich ins Gelbliche an, während an anderen Stellen neue hervortraten. Vor einigen Tagen hatte Pat. sehr heftiges Nasenbluten, ausserdem bestehen seit 14 Tagen zeitweilig Schmerzen auf der Brust und etwas blutig gefärbter Auswurf. Vorstellung der Pat. in der Klinik am 21. Mai: Gut genährte, kräftig gebaute Frau; am ganzen Körper zahlreiche Haemorrhagieen im Unterhautzellgewebe, meist stecknadelkopfgross, an den unteren Extremitäten von Handtellergrösse, theils dunkel-, theils blau-, theils hellroth, auch abgeblasst, gelblich-braun, nicht druckschmerzhaft; Musculatur ebenfalls nirgends druckschmerzhaft; keine Oedeme; Schleimhaut des Mundes und Rachens blass, an der Gingiva, am harten und weichen Gaumen, an den vorderen und hinteren Gaumenbögen kleine Haemorrhagieen; linker und mittlerer Schilddrüsenlappen strumös (seit 35 Jahren); am Thorax allenthalben normale Verhältnisse, Herz, Lungen normal, ebenso Puls und Abdomen; über dem linken Ligamentum Poupartii hühnereigrosser, beim Husten sich verschiebender

Tumor (darüber weiss Pat. nichts anzugeben), unter dem linken Ligament. Poupartii unregelmässige, 9 cm lange, mit dem Ligament. parallel verlaufende Narbe (rührt angeblich von einer Beule her, die Pat. im 8. Lebensjahre hatte); im Harn nichts Abnormes; Blutuntersuchung: Haemoglobin 50 %, rothe Blutkörperchen 3,620,000, weisse 9000 (402:1); Augenhintergrund normal, ebenso Temperatur. Da keine Erscheinungen vorhanden waren, welche die bestehende hämorrhagische Diathese erklären konnten, da vor Allem die für Scorbut charakteristische Mundaffection und Blutungen in der Extremitätenmuskulatur fehlten, und endlich kein Anhaltspunkt für eine Allgemeininfektion des Organismus nachweisbar war, stellte Prof. v. Jacksch die Diagnose auf: „Morbus maculos. Werlhofii“, und die Prognose, zumal sich Pat. ganz wohl befand, auf günstig. Da plötzlich am Nachmittag wird Patientin komatös, zeigt kalte Haut, immer schwächer werdenden Puls, kurze Streckkrämpfe, Anfangs nur in den Extremitäten, dann auch am Rumpf; es tritt Trachealrasseln auf, aus Mund und Nase kommt reichlicher, blutiger Schaum, die Respiration stockt. Künstliche Athmung, Ergotin-, Strychnin- und Campher-injectionen, die Tracheotomie bleiben wirkungslos, eine Stunde nach Beginn der Erscheinungen Exitus letalis. Auszug aus dem Sectionsprotocoll: Im Bereiche der rechten Grosshirnhemisphäre ein umfänglicher Blutungsherd, in welchem der grösste Theil der inneren Kapsel, der ganze Thalamus opticus aufgegangen ist, und welcher sich eine Strecke weit in den Pedunculus cerebri der rechten Seite fortsetzt; die Schilddrüse lässt in ihrem Isthmus einen taubeneigrossen und weitere kleinere Adenomenknoten auch in den Seitenlappen erkennen, fast sämmtlich hämorrhagisch destruiert, Nieren gewöhnlich gross, Kapsel stellenweise fester adhärent, Oberfläche mit tiefen, narbigen Einziehungen versehen, in der Corticalis und auch stellenweise in der angrenzenden Marksubstanz in Gruppen zusammengestellte, bis halberbsengrosse, grauweisse Knötchen von markweicher Consistenz, in deren Umgebung Nierenparenchym von B. durchsetzt; Lymphdrüsen der rechten Regio iliaca vergrössert, theilweise von B. durchsetzt, zumeist aber von bis walnussgrossen Knoten einer grau-

weissen, markweichen Masse eingenommen; ebensolche Beschaffenheit zeigen die intraperitonealen Lymphdrüsen; mikroskopisch zeigen sich hier allenthalben die Zeichen von Tuberculose, und die Knoten in den Nieren bestehen aus Aggregaten von Miliartuberkeln. Diese chronische Tuberculose der Nieren und Lymphdrüsen macht den Fall ebenso interessant, wie jene gewaltige Hirnblutung, da ja B. im Centralnervensystem bei hämorrhagischer Diathese recht selten sind und hier wieder zu sehen ist, wie der Morbus maculosus Werlhofii selbst bei anscheinend prognostisch recht günstigen Fällen rasch zum Tode führen kann, wie man also bei allen Formen von hämorrhagischer Diathese recht vorsichtig mit der Prognose sein muss.

(Wiener klin. Wochenschrift 1897 No. 35.)

**Hyperidrosis.** Bei der Behandlung des Schweissfusses kommt es, so betont Dr. P. Richter (Berlin), vor Allem darauf an, die Stiefel anzugreifen und zweckmässig zu behandeln; hier steckt die Quelle der immerwährenden Recidive, hier die Quelle der scheinbaren Unheilbarkeit des Leidens, das aber stets heilbar ist, wenn eben der richtige Ort angegriffen wird. Das Oberleder der Stiefel ist an der Innenseite meist mit Leinwand gefüttert, und auf die Sohle ist ein dünnes Stück Leder, die sogen. Brandsohle, aufgeklebt; in diesem Leinwandfutter und der Brandsohle, ganz besonders dem Mittel, mit welchem die letztere aufgeklebt ist, haben wir die Ursache für das Recidiviren der H. zu suchen. Das einzig rationelle Mittel ist da das von Orth empfohlene Eingiessen einer Formalinlösung in die Stiefel, nach den Erfahrungen Richter's ein vorzügliches, aber auch absolut zur Heilung nothwendiges Mittel. Die Lösung muss einige Stunden in den Stiefeln stehen bleiben, die dann in kurzer Zeit trocknen, ohne beschädigt zu werden. Diese Behandlung der Stiefel, die natürlich täglich gewechselt werden müssen, muss mehrmals wiederholt werden. Wer den Formalingeruch nicht vertragen kann, der wende 3 %ige Carbolsäurelösung an, die Autor früher mit bestem Erfolge benützt hat. Diese Behandlung der Stiefel ist wichtiger, als die der Füsse, die sich dann sehr leicht

gestaltet. Sehr schön wirkt hier Tannoform, noch besser einfache Weinsteinsäure, von der man ganz wenig zwischen die Fingerspitzen nimmt, um sie in die Strümpfe und zwischen die Zehen einzustreuen. Autor hat hierbei noch nie Misserfolge erlebt. — Was die **H. der Hände** anbelangt, so wendet Autor seit Jahren mit gutem Erfolge Pinselungen mit 10 %iger Chromsäure an, die alle fünf Tage applicirt wird und dann gut eintrocknen muss; schon nach 1—2maligem Pinseln schwindet die H., doch muss man, um definitive Erfolge zu erzielen, im Ganzen ca. 10 Mal pinseln. Sollten an den Fingern Rhagaden vorhanden sein, so müssen dieselben vorher behandelt werden, am besten durch Auflegen von 10 %igem Emplastr. sapon. salicyl. extens.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1897 No. 73.)

**Magen- und Darmkatarrhe.** Dr. H. O. Wyss (Kinderhospital Hottingen-Zürich) hat das **Tannalbin** bei 75 Kindern angewandt, von welchen 63 unter 3 Jahre alt waren; 53 von diesen Pat. wurden als gänzlich geheilt, 10 als gebessert entlassen. Bei Enteritis und Gastroenteritis war die Wirkung stets eine prompte; schon am nächsten Tage war die Zahl der Stühle weit kleiner, die grüne Farbe derselben weniger auffällig, oft auch schon verschwunden, und waren die Entleerungen nicht mehr dünnbreiig oder gar wässrig, sondern dickbreiig. Subacute Magen- und Darmkatarrhe konnten öfters auch in wenigen Tagen zur Heilung gebracht werden, manchmal aber erfolgte dieselbe erst nach ein bis zwei Wochen. Ebenso erfreuliche Erfolge bei schweren chronischen Darmkatarrhen, z. B. tuberculösen, wo vielfach vorher andere Mittel erfolglos geblieben waren. Endlich wurden acute und chronische Rectalkatarrhe durch Tannalbin (intern, Irrigation, Klysma) sehr günstig beeinflusst, sodass Autor meint: „Tannalbin ist eines der besten und zuverlässigsten antidiarrhoeischen Mittel.“ Schädliche Nebenwirkungen nie, auch nicht bei grossen Dosen und Wochen langer Anwendung! Man gebe das Mittel pur in etwas Schleim, Milch oder Malaga mit Wasser und reiche es auch noch 1—2 Tage nach Aufhören der Durchfälle weiter. Die Dosirung ist folgende:

für Säuglinge 2—3 Mal pro die 0,25 bis 5—6 Mal pro die  
in schweren Fällen,  
„ 1—2jähr. Kinder 3—4 Mal pro die 0,25 oder 2—3  
Mal pro die 0,5,  
„ 2—5jähr. „ 3—5 Mal pro die 0,5 etc.

Sehr gut wirkten oft bei schweren Fällen von  
Enteritis und bei Rectalkatarrhen Klysmen von fol-  
gender Zusammensetzung, 1—2 Mal täglich applicirt:

Rp.

*Decoct. amyl.* 0,5 : 50,0

*Tannalbin.* 0,5

M. D. S. Zum Klystier.

(Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1897 No. 15.)

— **Besondere Indicationen zur therapeutischen Anwendung des Tannalbin** lernen wir durch eine Mittheilung von Dr. Roemheld (Heidelberg, Universitäts-Kinderklinik) kennen. Derselbe machte nämlich bei einer grossen Anzahl von Kindern die Erfahrung, dass, wenn die Darreichung von Leberthran Durchfälle erzeugte, die gleichzeitige Verordnung von 2—3 gr Tannalbin im Tag sofort normale Stühle zur Folge hatte; der Leberthran konnte auf diese Weise bei Kindern, welche ihn ohne Tannalbin nicht vertrugen, anstandslos Monate lang fortgegeben werden. Dasselbe war bei Phosphorleberthran der Fall, der ja bei Rhachitis besonders wirksam ist, aber oft Durchfälle hervorruft. Giebt man ihn mit Tannalbin zusammen, so wird er meist gut vertragen, auch schon von Kindern unter einem Jahr, und kann Monate lang fortgegeben werden. Autor hat diese Combination bei 50 Kindern erprobt und kann sie warm empfehlen. Meist wurden, wenn Tannalbin mal ausgesetzt wurde, die Stühle bald schlechter und häufiger, um wieder sofort normal zu werden, wenn Tannalbin von Neuem ordinirt wurde. Bisweilen beobachtete aber Autor auch, dass von Kindern, die Anfangs Phosphorleberthran durchaus nicht vertragen konnten, nachdem einmal eine Zeit lang Tannalbin zugleich gegeben worden war, der Phosphorleberthran zuletzt auch ohne gleichzeitige Verabfolgung von Tannalbin vertragen wurde. Kinder unter einem Jahr erhielten gewöhnlich 3 Mal täglich  $\frac{1}{2}$  Theelöffel einer Phosphorleberthranmixture von

0,01:100,0, ältere Kinder 3 Mal täglich 1 Theelöffel, daneben 2—4 gr Tannalbin pro die. — Weniger bewährte sich Tannalbin bei Kreosotdurchfällen, was um so auffallender ist, als Tannalbin bei der tuberculösen Enteritis meist prompt wirkt. — Dagegen war in einigen Fällen die Combination von Tannalbin und Calomel bei syphilitischen Kindern von guter Wirkung; Durchfälle aber, hervorgerufen durch Quecksilberintoxication, wie sie selbst bei vorsichtigster Application von grauer Salbe bei Kindern leicht vorkommt, wurden durch Tannalbin nur schwer und langsam zum Verschwinden gebracht.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 36.)

— **Tablettae stomachicae**, von Apotheker Neumeier (Barmen) hergestellt, empfiehlt Dr. Böhm (Barmen). Die **Tablettae stomachicae c. Rheo** enthalten:

*Rad. rhei pulv.* 0,15  
*Bismuth. subnitr.* 0,25  
*Natr. bicarb.* 0,1.

Ausserdem werden fabricirt **Tabl. stom. c. Morph.**:

**Rp.**

*Bismuth. subnitr.* 0,25  
*Natr. bicarb.* 0,15  
*Morph. hydrochloric.* 0,002.

Die ersteren haben hellbraune, letztere weisse Farbe; beide sind in verschiedenfarbigen Metall Dosen verpackt. Vor der gewöhnlichen Verordnungsweise in Pulvern haben die Tabletten folgende Vorzüge: sie sind genau dosirt, bleiben nicht am Pharynx und Oesophagus hängen, nehmen sich leicht und sind billiger.

(Der prakt. Arzt 1897 No. 8.)

**Morbus Basedowii.** Die Behandlung mit Ovarialsubstanz hat Dr. L. Seeligmann (Hamburg) durchgeführt und damit sehr ermuthigende Resultate bei drei Fällen erzielt, von denen einer geheilt, die anderen gebessert wurden. Jener erste betraf eine 42jährige Frau, die wegen M. 1892 strumektomirt worden war. Nach der Operation trat eine Besserung des Zustandes ein und bald galt Pat. als geheilt. Aber so blieb es nicht lange, bald



verschlimmerte sich der Zustand wieder und wurde schlimmer, als vor der Operation. Anfang 1897 kam Pat. zum Autor wegen unregelmässiger, profuser Blutungen. Er fand die classischen Symptome von M. ganz ausgeprägt, daneben kleine, atrophische Ovarien; unregelmässige Blutungen hatte Pat. schon seit einigen Jahren, und waren auch vor dem die Menses unregelmässig. Nachdem durch Ergotin und heisse Irrigationen die Blutung zum Stehen gebracht war, gab Autor Ovarian-Tabloids (B. W. & Co.), 3 Mal tägl. 1 Stück, worauf alle Symptome des M. zurückgingen und das Allgemeinbefinden sich bedeutend hob. Nachdem die Frau jetzt fast 300 Stück genommen, ist sie völlig geheilt, frei von allen Symptomen des M. und auch von Blutungen. Auch die beiden anderen Fälle betrafen Patientinnen mit atrophischen Genitalien, und der Erfolg der Ovarialtherapie bewies auch hier den Zusammenhang des M. mit der Atrophie oder Hypoplasie der Genitalien, speciell der Ovarien, und mahnt, bei allen weiblichen, mit M. behafteten Pat. eine genaue gynäkologische Untersuchung vorzunehmen. Es wäre ja möglich, dass etwa die Ovarien ein Substrat secerniren, das unter gegebenen Umständen von anderen Organen nicht secernirt wird, das aber zum Haushalt des Körpers nöthig ist, sodass bei seinem Fehlen in ganz bestimmten Nervengebieten ein Ausfall entsteht. Jedenfalls zeigt obiges, wenn auch kleines, Material, dass event. die Verordnung von Ovarialtabletten zur Besserung, resp. Heilung des M. führen kann.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1897 No. 59.)

**Phlegmone.** Mittheilungen über die Salzwedel'sche Spiritusbehandlung (s. Excerpt. med., Jahrg. IV, S. 18) macht Stabsarzt Dr. Loew (Köln, Bürgerhospital). Die Methode gelangte bei 124 Pat. zur Anwendung, wovon 23 Phlegmone, 29 phlegmonöse Wunden, 25 Lymphangoitis, 12 Furunkel, 7 Erysipel, 18 Panaritien, 4 Clavi phlegmon. und 6 Mastitis hatten. Die Verbände wurden genau nach Salzwedel gemacht: zunächst eine mit Spiritus (90 % Alkohol) getränkte Gazelage, dann eine Schicht trockener, aseptischer Watte, das Ganze bedeckt mit perforirtem, undurchlässigem Stoff; Verband durchschnittlich nach 24 Stunden gewechselt. Die Wirkungen waren die gleichen, wie sie Salzwedel angab: der ent-

zündliche Process verliert die Neigung weiterzuschreiten, Röthung, Schwellung und Schmerzen lassen nach, und es bildet sich, falls nicht, was häufiger beobachtet wurde, ein abortives Verschwinden der Entzündung eintritt, ein circumscripter Abscess. So sah Autor häufiger Panaritien, bei denen der Finger unförmlich angeschwollen war und sich Röthung und Schwellung bis zur Handwurzel erstreckten, nach 24—48stündiger Spiritusbehandlung bis auf eine Schwellung des Endgliedes zurückgehen, an welchem dann deutliche Fluctuation nachweisbar war. Bei den 23 Phlegmonen schritt die Entzündung in keinem Falle weiter, stets zeigte sich in kurzer Zeit die Neigung zur Rückbildung. Auch bei inficirten Wunden bewährte sich die Methode recht gut; die Röthung und Schwellung verschwanden durchschnittlich nach 24—48 Stunden. Bei vier entzündlichen Clavi zeigte sich ausser dem Rückgang der Entzündung noch die angenehme Nebenwirkung, dass sich nach mehrtägiger Anwendung des Spiritus die Hühneraugen mühelos stumpf aus ihrer Umgebung herausheben liessen. Am wenigsten günstig reagierte Mastitis auf die Behandlung, wogegen sie bei Erysipel sehr gute Dienste leistete. Manchmal traten unerwünschte Nebenwirkungen ein: so eine erhebliche oberflächliche Mumificirung der Haut, unerträgliche Schmerzen, aber doch so selten, dass der Werth der sonst empfehlenswerthen Methode dadurch nicht beeinträchtigt wurde.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 36.)

**Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Die operative Sterilmachung hält Prof. Kehrler für indicirt bei Frauen, die erstens durch häufige Schwangerschaften vorzeitig marastisch geworden sind, die zweitens an schwerer Anaemie und anderen Constitutions- oder unheilbaren Localkrankheiten leiden, und bei denen die zutretenden Schwangerschaften lebensgefährliche Zufälle erregt haben, sowie endlich drittens bei Frauen mit hochgradiger Beckenenge, die nur, und zwar selbst nach künstlicher Frühgeburt, von todtten oder lebensunfähigen Kindern entbunden worden sind und den Kaiserschnitt aus relativer Indication ablehnen. Wenn in solchen Fällen die üblichen Mittel der Conceptionsverhinderung vergeblich ver-

sucht worden, die Kinder vielleicht gar krank und elend gewesen sind, kann die „Sterilisation“ Verwendung finden, aber nur mit Einwilligung des Ehepaares und eines ärztlichen Collegiums. Die Castration bedingt lästige, oft Jahre dauernde Ausfallserscheinungen. Dagegen kann man ohne solche und doch sicher sterilisieren mittelst Tubendurchschneidung, und zwar am einfachsten nach vorausgeschickter Colpotomia anterior.

(Naturhistorisch-med. Verein Heidelberg, 6./VII. 97. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 29.)

- **Somatose bei Erbrechen der Schwangeren** hat Lutaud mit bestem Erfolge benützt und führt einige diesbezügliche Fälle an. Pat. mit unstillbarem Erbrechen, die alle Nahrung von sich gaben, behielten Somatose, die zunächst die einzige Nahrung bildete, dann aber flüssigen Nahrungsmitteln, wie Milch, Cacao, Suppe, zugesetzt, das Ausbrechen derselben verhinderte. Die Graviden nahmen an Gewicht zu, und gingen, von Erbrechen frei, die Schwangerschaften ganz gut weiter. — Auch das Erbrechen nach der Chloroformirung konnte durch Somatose zum Verschwinden gebracht, resp. verhütet werden.  
(Journ. de Médéc. de Paris 1897 No. 15. — Wiener klin. Rundschau 1897 No. 31.)

- Die **Prochownick'sche Diät zur Erzielung kleiner Leibesfrüchte bei Beckenverengerung** hat auch Dr. Leusser (Kissingen) in einem Falle mit eclatantem Erfolge angewandt. Er hielt sich streng an die ursprünglichen Vorschriften, welche lauteten:

Morgens: Eine kleine Tasse Kaffee und circa 25 gr Zwieback.

Mittags: Alle Sorten Fleisch, Ei und Fisch und ganz wenig Sauce, etwas grünes Gemüse (fett zubereitet), Salat, Käse.

Abends: Ebenso, unter Zugabe von 40—50 gr Brod und nach Belieben Butter.

Gänzlich untersagt: Wasser, Suppe, Kartoffeln, Mehlspeisen, Zucker, Birnen.

Als Getränk gestattet: 300—400 gr Roth- oder Moselwein.

Leusser's Pat. war eine 40jährige, nicht gar kräftige Bauersfrau, die zum 9. Male schwanger war. Alle bisherigen Geburten waren äusserst schwierige und verlangten öfters ärztliche Eingriffe; Autor entband

Patientin selbst 2 Mal, beim 6. und 8. Kinde, unter sehr schwieriger Wendung.

Maasse: Spinae  $25\frac{1}{2}$ , Cristae  $26\frac{1}{2}$ , Trochant. 30,0, Conjug. ext. 17,5, Conjug. diag. 10,5.

Zahl der Geburten	Zeit der Geburt	Dauer	Verlauf und Ausgang
1	9./IX. 81	5 Tage	Kind wird spontan geboren, mit 2 tiefen, noch jetzt sichtbaren Eindrücken am Schädel.
2	24./IV. 83	2 Tage	Kind wird spontan geboren und lebt; ist sehr klein.
3	23./VIII. 85	über 2 Tage	Kind wird spontan geboren und lebt.
4	24./III. 87	2 Tage	Wendung und Perforation; Gewic. t über 5 kg.
5	26./XII. 88	2 Tage	Kind spontan geboren, ist asphyktisch, kommt aber zum Leben.
6	21./IX. 90	2 Tage	Wendung sehr schwierig, todt es Kind, wiegt 5 kg.
7	1892	über 2 Tage	Spontane, sehr schwierige Geburt, Kind lebt.
8	12./V. 94	2 Tage	Schwierige Wendung, Kind lebt.
9	25./VIII. 96	kaum zwei Stunden	Spontane Geburt, lebendes Kind, wiegt 2900 gr. Sehr leichte Entbindung.

Das Kind war vollkommen reif, nur sehr mager im Verhältniss zu den früheren Kindern, und gedieh in der Folgezeit vorzüglich, blieb frei von Rhachitis, Darmkatarrhen etc. Das Gleiche war auch bei allen früheren auf gleiche Weise gewonnenen Kindern der Fall: sie kamen fettarm und mager, mit runzlicher Kopfhaut und leicht verschieblichen Kopfknochen zur Welt, aber vollkommen reif, und sie gediehen sammt und sonders gut. Auch den Frauen selbst bringt die Diät keinerlei Schaden. Leusser's Pat. begann die Diät 10 Wochen vor der Entbindung; nur in den ersten acht Tagen hatte sie Mühe, Manches, vor Allem Schwarzbrot, zu entbehren, dann gewöhnte sie sich an die Diät, bei der sie ebenso wie vorher arbeitete, sich nie schwach oder müde fühlte. An den Geldbeutel stellt ja die Diät einige Ansprüche, aber ärztliche Hülfe, besonders auf dem Lande, kostet auch Geld, ganz abgesehen von den Annehmlichkeiten und Vortheilen einer spontanen Entbindung.

Am besten ist es, zehn Wochen vor der Zeit der Geburt mit der Diät zu beginnen, welche sich empfiehlt bei verengtem Becken bis zur Conjug. vera von 7,5 cm. In einem Falle wurde freilich noch bei einer Conjug. vera von 6,5 cm spontane Geburt eines lebenden Kindes von 2900 gr Gewicht erzielt. Da das Regime unter allen Umständen nicht schaden kann, so ist dann doch, wie mehrere Fälle beweisen, die nothwendige Operation wenigstens eine viel leichtere, als unter früheren Verhältnissen.

(Münchener medicin. Wochenschrift 1897 No. 30.)

- Einen Fall von vollständigem Verschluss des Genitalschlauches in der Schwangerschaft publicirt Dr. Hans Meyer (Zürich). Derselbe wurde von einem Collegen zu einer Gebärenden gerufen, weil nach  $1\frac{1}{2}$ tägiger Geburtsdauer der Muttermund sich nicht öffnen wollte. Die 32jährige Frau hatte schon 3 Mal gut geboren, das letzte Mal vor  $2\frac{1}{2}$  Jahren. Ihre Periode war stets regelmässig gewesen, oft kam sie erst nach 6 bis 8 Wochen, dauerte 5—6 Tage, verlief schwach und ohne Beschwerden. Stärkerer Ausfluss war zu keiner Zeit bei der stets auch sonst gesunden Frau vorhanden. Jetzt befand sie sich am normalen Ende der vierten Schwangerschaft, welche gleich den früheren normal verlaufen war, nur dass sich im 5. Monat ein gelber, zäher Ausfluss eingestellt hatte, der bis zum 9. Monat hinein dauerte und dann völlig aufhörte, ohne je blutig geworden zu sein. Der Mann leidet seit einem Jahr an Lungentuberculose. Dies die Anamnese; der Status praesens war folgender: Etwas anämische, ziemlich magere Frau. Brustorgane gesund. Leibesumfang 98 cm; Fundus zwischen Nabel und Herzgrube; Uterus fühlt sich beständig etwas gespannt an und ist leicht druckempfindlich. Beckenmaasse normal. Innerlich fühlt man gleich hinter dem Introitus, also tief im Becken stehend, den Kopf. Scheide auffallend verkürzt, und zwar ringsum, sodass man mit dem Finger nicht um den Kopf herumkommt. Nur vorn, zu beiden Seiten der Columna rugarum anter., kommt man in Blindsäcke, welche gut für das Nagelglied Platz bieten und die normale Tiefe der Scheidengewölbe besitzen. Ein Scheidentheil ist auch nicht spurenweise vorhanden. Auch eine

Oeffnung, die als Muttermund angesprochen werden könnte, nicht auffindbar; jede Andeutung eines Orificium fehlt. Eine glatt gespannte, 2 mm dicke, überall gleichmässig beschaffene Gewebsschicht liegt dem Kopf innig an. Nur eine im Durchmesser etwa  $1\frac{1}{2}$  cm grosse Stelle fühlt sich leicht rauh an und im Speculum sieht man hier eine oberflächliche Excoriation. Kein Zweifel, es handelte sich um vollständigen Verschluss des Genitalschlauches; an welcher Stelle er sass, vorläufig nicht zu eruiren. Autor durchbohrte die verschliessende Membran mittelst einer Sonde gegen die Mitte des vorliegenden Schädels zu und schlitzte diese Oeffnung so weit auf, dass er mit dem Zeigefinger eindringen konnte. Als er den Finger zurückzog, floss zunächst etwa eine Tasse normalen Fruchtwassers ab; hierauf quoll aus der Oeffnung ein Pfropf dicken, zähen, glasigen Schleims von braungrauer Farbe heraus, so zähen, dass Autor ihn mit den Fingern fassen und ungefähr  $1\frac{1}{2}$  m davon als kleinfingerdicken, zusammenhängenden Strang herausziehen konnte. Es handelte sich offenbar um retinirten Cervicalschleim. Jetzt erklärte es sich, dass vom 9. Monat der Gravidität ab jeder Ausfluss ausblieb. Die Oeffnung wurde jetzt noch erweitert, indem allmählig zwei Finger eingeschoben wurden, weiter aber ging es nicht, und Autor rieth deshalb, zuzuwarten, in der Hoffnung, der andrängende Kopf werde die weitere Dilatation besorgen. Doch nach 24 Stunden war die Oeffnung kaum für drei Finger durchgängig; die Temperatur war auf  $38,6^{\circ}$  gestiegen und der Contractionsring markirte sich deutlich fast handbreit über der Schamfuge. Autor machte deshalb vier tiefe Incisionen in die Strictur und entband mit der Zange. Kind lebend und kräftig. Wochenbett ganz normal, abgesehen von etwas übelriechenden Lochien vom 3. bis 5. Tage. — Wo hatte der Verschluss gesessen? Bei den Versuchen, die künstlich angelegte Oeffnung zu erweitern, stellte Autor fest, dass sich die verschliessende Membran von den Rändern der Oeffnung aus in zwei Lamellen aufblättern liess, welche ungefähr gleiche Dicke besaßen. Auf der Innenfläche der Membran derbe Unebenheiten, wahrscheinlich stark entwickelte Plicae palmatae. Es musste also wohl die innere Lamelle aus

dem Cervicalcanal gebildet sein, also zum Uterus gehören. Die äussere Lamelle zeigte die Beschaffenheit von festen, alten Pseudomembranen. Es hatte sich demnach gehandelt um eine Verwachsung des äusseren Muttermundes, dazu um eine Ueberwachsung desselben durch bindegewebige Membranen in Folge von Vaginitis adhaesiva. Dafür sprach auch der Befund bei späteren Untersuchungen. Unmittelbar nach der Geburt fühlte man auf der Innenfläche des schlaffen unteren Uterinsegments, das an der incidirten Stelle begann, die als Plicae palmatae gedeuteten Unebenheiten. Am 12. Tage des Wochenbettes Status: Scheide kurz; äusserer Muttermund und Cervicalcanal für einen Finger bequem passirbar; am äusseren Muttermund deutlich die gemachten Incisionen zu constatiren; Wandungen des Cervicalcanals sehr höckrig und rigide, Länge des Canals 4 cm; der innere Muttermund für den Finger nicht mehr durchgängig; Gebärmutter normal gelagert und entsprechend gross; am Muttermund granulirende, leicht blutende Stellen. Status am 42. Tage: Scheide kurz; Portio fehlt dadurch, dass die Scheidengewölbe vollständig obliterirt sind; der äussere Muttermund klappt, sodass das Nagelglied eingelegt werden kann; Muttermundsrand einen Wulst bildend, welcher der Scheidenwand breit aufsitzt; Cervicalcanal 3 cm lang, Wunde höckrig durch die sehr stark entwickelten, hypertrophirten und hart infiltrirten Plicae palmatae; Schleimhaut in der Umgebung des Muttermundes stark fleckig geröthet; es besteht Vaginitis adhaesiva, die sich durch frisch gebildete Membranen manifestirt.

(Centralblatt für Gynäkologie 1897 No. 34.)

- Einen Fall von *Oedema acutum cervicis parturientis* beschreibt Dr. Hans Meyer (Zürich) folgendermaassen: „Eine 40jährige, kräftige, gesunde Frau, welche schon 3 Mal normal geboren hatte, zum letzten Male vor 9 Jahren, stand am Ende ihrer gut abgelaufenen vierten Schwangerschaft. Als auf die ausgerechnete Zeit die Geburt begann, stellte sich bald nach den ersten Wehen ein ziemlich starker Blutabgang ein und zugleich trat aus den Genitalien eine faustgrosse Geschwulst heraus, ohne dass die Frau dabei erhebliche Schmerzen hatte ausser einem starken Drang nach unten. Die herbeigeholte Hebeamme liess so-

fort den Hausarzt rufen, welcher erklärte, es handle sich um Vorfall der Nachgeburt, und die Herbeiziehung eines Collegen wünschte. Dieser stellte die Diagnose auf fibrösen Polypen, glaubte, man müsse ihn abschneiden und liess deshalb nach mir schicken. Nach Aufnahme der Anamnese und Untersuchung des Abdomens, welche völlig normales Resultat ergab, besah ich mir den aus den Genitalien heraushängenden Tumor etwas näher. Er drängte sich zwischen den Schamlippen heraus und besass die Grösse einer kleineren Faust. Seine Form war oval, mit leichter Abflachung vorn und hinten. Er zeigte eine bläulich-rothe Farbe, glatte, leichtglänzende Oberfläche. Nach oben zu setzte er sich in die Vagina hinein fort und ging in die vordere Muttermundlippe über. An der Stelle, wo er den Introitus vaginae passirte, befand sich eine seichte, ringförmige Furche, als ob die Geschwulst dort eingeschnürt würde. Der vor der Vulva liegende Theil der Geschwulst war am massigsten, sodass die oberhalb liegende Parthie mehr als Stiel erschien. Am Uebergang in die Portio breitete sich dieser Stiel fächerartig aus, um beiderseits in dem Saum des Muttermundes zu verlaufen. Aus mehreren Stellen sickerte aus der Oberfläche des Tumors eine blutig gefärbte, seröse Flüssigkeit hervor, und wenn man die betreffenden Stellen etwas genauer untersuchte, so sah man dasselbst kleine, oberflächliche Risse. Die Geschwulst fühlte sich teigig an, wie ödematöses Gewebe, und war durchaus nicht schmerzhaft. Man konnte sie in die Scheide zurückstossen; dann lagerte sie sich in der Kreuzbeinaushöhlung ein, kam aber bei Anstrengung der Bauchpresse sofort wieder heraus. Der Muttermund stand tief, nahe dem Introitus; er war noch nicht zur Hälfte eröffnet; der ganze Cervicalcanal zeigte eine beträchtliche Verlängerung (gemessen habe ich ihn nicht) und stellte einen cylindrischen Canal dar, welcher oben trichterartig zur Uterushöhle sich erweiterte. Der innere Muttermund war nicht durch einen fühlbaren Saum gekennzeichnet. Die hintere Muttermundlippe war etwas gewulstet. Die Fruchtblase war noch nicht gesprungen und drängte sich während einer Wehe von oben etwas in den Cervicalcanal hinein. Am Ende des Cervicalcanals fühlte man den vorliegenden Kopf, welcher beweg-



lich im Eingang des Beckens stand. Als nach 3stündigem Zuwarten bei mässig guten Wehen die Erweiterung der Cervix nicht merklich zugenommen hatte und der Kopf immer den nämlichen Stand innehielt, sprengte ich, da der Tumor dunklere Färbung annahm und immer ziemlich viel blutiges Serum entleerte, die Fruchtblase. Dies hatte den raschen Eintritt des Kopfes ins Becken und auch in den Cervicalcanal zur Folge. Der äussere Muttermund gab aber nicht nach, sein Durchmesser blieb auf etwa 4 cm, und als nun die Gebärende heftige Drangwehen bekam, trat er bis in den Scheideneingang herunter. Immer heftiger und rascher folgten die Drangwehen, sodass ich eine Abreissung des Muttermundes befürchtete und mich zur Extraction mit der Zange entschloss. Indem ich den schon durch die Zangenblätter etwas gespreizten Rand des Muttermundes vorsichtig über den Kopf zurückschob, gelang es mir, denselben ohne nennenswerthe Einrisse zu entwickeln; die Schultern des 3840 gr schweren und 52 cm langen, gesunden Kindes folgten rasch. Andauernde Blutung aus dem atonischen unteren Uterinsegment (in diesem Falle jedenfalls Cervicalcanal) bei sehr guter Contraction des Gebärmutterkörpers veranlassten mich zur Uterustamponade, worauf die Blutung stand. Das Wochenbett verlief ganz normal, die Frau stand am 9. Tage wieder auf. Die Geschwulst der vorderen Muttermundslippe, welche die ganze Geburt über vor der Vulva gelegen hatte, trat durch die Tamponade in die Scheide zurück, und als ich nach 24 Stunden den Tampon entfernte, war sie ganz verschwunden, d. h. die vordere Muttermundslippe fühlte sich so an, wie unter ganz normalen Verhältnissen am 2. Tage des Wochenbettes. 4 Wochen nach der Geburt fand ich den Uterus schon fast völlig zurückgebildet. Die Cervix, insbesondere ihre Portio vaginalis und die vordere Muttermundslippe, waren weder verdickt noch verlängert oder sonst von der Norm abweichend. — Das Wesen dieser Krankheit liegt darin, dass eine vorher nicht oder doch nicht beträchtlich vergrösserte Cervix in der Schwangerschaft oder unter der Geburt, oder auch kurz nach dem Austritt des Kindes in toto oder partiell, ohne nachweisbare Ursache, sehr rasch ödematös anschwillt, um nach einiger Zeit ebenso rasch wieder ab-

zuschwellen. Mitunter wiederholt sich dieses Oedem in der nämlichen Schwangerschaft mehrmals.“

(Centralblatt f. Gynäkologie 1897 No. 35.)

- Eine Pneumokokkeninfection in der Schwangerschaft beobachtete Vinay. Es ist ja bekannt, dass der Pneumococcus als Saprophyt in Mund, Rachen, Nase etc. lebt und unter gewissen Umständen, z. B. in der Schwangerschaft, virulent werden und sich auf anderen Punkten des Körpers ansiedeln kann. Jener Fall betraf eine an gastrischen Störungen leidende Frau, bei der im 7. Monate multiple Eiterungen sich entwickelten. Frühgeburt. Tod 19 Tage nach der Entbindung und drei Monate nach Beginn der Krankheit. Ursache der Eiterungen Pneumokokken. Wie die Pneumonie bei Schwangeren besonders schwer verläuft, so beschleunigte hier die durch die Gravidität bedingte Schwächung des Organismus das Ende.

(Abeille méd. 1897 No. 18. — Centralblatt f. Gynäkologie 1897 No. 37.)

**Struma.** Parenchymatöse Jodoforminjectionen empfiehlt Dr. A. Rosenberg (Berlin, Kgl. Universitätspoliklinik f. Hals- und Nasenkrankhe) auf Grund von 30 so behandelten Fällen. Er benützte, wie Garrè, folgende Lösung, die in tiefdunklen Flaschen an dunklem Orte zu verwahren ist, da sie sich sehr leicht zersetzt und das Jod ausscheidet (dunkle Färbung der ursprünglich hellgelben Flüssigkeit):

**Rp.**

*Jodoform 1,0*

*Aether.*

*Ol. Olivar. aa 7,0.*

Die Technik der Injection ist einfach: man fasst denjenigen Theil der St., in den man injiciren will, zwischen linken Mittel- und Zeigefinger, stösst zwischen beiden die Spritze ein und lässt, wenn man sicher gehen will, den Pat. eine Schluckbewegung machen, um zu sehen, ob die Spritze in der St. steckt; sie muss dann mit der letzteren gleichzeitig in die Höhe steigen. Man injicirt im Anfang 0,5 gr, um erst die Reaction zu beobachten, später 1 gr, und kann dann allmählig schneller vorwärts gehen; anfänglich macht man etwa 3tägige Pausen, später 2—1tägige,

resp. wenn die Einspritzungen gut vertragen werden, kann man auf einmal auch mehr als 1 Spritze injiciren. Meist klagen die Pat. unmittelbar nach der Einspritzung über einen leichten brennenden Schmerz an der Injectionsstelle, der entweder hierauf beschränkt bleibt oder nach dem Ohre, der Stirne, Schläfe, dem Halse, den Schultern ausstrahlt, aber bald vorübergeht, resp. mit allmählig abnehmender Intensität 24 Stunden, selten länger dauert; ebenfalls auf die Injection folgen meist schlechter Geschmack (auch nach Jodoform!), der nach einigen Minuten schwindet, Husten, manchmal Schwindel (1 Mal, bei einer anämisch-nervösen Pat. Uebelkeit und Erbrechen), nie aber jene unangenehmen und schweren Erscheinungen, wie so oft nach Injection von Tinct. Jodi. Die Wirkung der Injectionen war bisweilen frappant; nach 3—4 Injectionen schwanden z. B. die in Folge von Trachealcompression vorhandenen Athembeschwerden. Bei fast sämtlichen 30 Pat. betand Compressionsstenose der Trachea neben der Struma. Nur 1 Mal fehlte jeder Erfolg, 1 Mal war er zweifelhaft, 2 Mal sehr unbedeutend, 13 Mal (= in ca. 43 %) zufriedenstellend, 13 Mal vollkommen, d. h. nach 1 $\frac{1}{2}$  bis 2 Jahren jetzt noch von Dauer. Mehr als 25 Injectionen brauchten nie gemacht zu werden. Der Erfolg tritt bloss bei der parenchymatösen St. ein, bei gemischten Formen nur in geringerem Grade, ganz ebenso wie beim Thyreoidin. Vergleicht man die mit letzterem erzielten Resultate mit den obigen, so müssen letztere als günstigere angesehen werden. P. Bruns, dem in Bezug auf Thyreoidinbehandlung wohl die grösste Erfahrung zur Seite steht, kam auf Grund von 350 Beobachtungen zu dem Resultate, dass vollständige Rückbildung nur in 8 % der Fälle eintritt, eine bedeutende Abschwellung mit Abnahme aller Beschwerden sich in ca.  $\frac{1}{3}$  der Fälle erreichen lässt, dass aber in mehr als 75 % die St. nach Aussetzen des Mittels wieder anwächst. Allerdings wird das Thyreoidin, vorsichtig dosirt, meist gut vertragen, wenngleich Autor es öfters aussetzen musste, weil der Magen der Pat. es nicht recht tolerirte oder weil gleichzeitig unerwünschte Abmagerung eintrat. Auf der anderen Seite machen die Jodoforminjectionen, wenn auch meist rasch vorübergehende, Schmerzen, auch andere Unbequemlichkeiten, — kurz, beide Methoden dürften

sich die Waage halten. Bei sehr empfindlichen Personen wird man besser mit dem Thyreoidin wenigstens beginnen und erst, wenn dieses nicht gut vertragen wird oder im Stiche lässt, injiciren; bei weniger ängstlichen Pat. kann man gleich mit Injectionen anfangen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 37.)

**Tuberculose.** Primäre T. der Mamma ist eine seltene Affection; im Ganzen sind 45 Fälle bekannt. Jetzt beschreibt Dr. Lotheissen (Innsbruck, chirurg. Klinik) einen solchen Fall bei einer 20jährigen, hereditär nicht belasteten, selbst früher stets gesunden Nonne, die auch sonst ganz normalen Befund darbot, nur an einer Brust Abscesse mit Fisteln etc. bekam, die als tuberculös erkannt wurden. Die Untersuchung des durch Amputatio mammae gewonnenen Präparates bestätigte die Diagnose. Ein Befallensein der Knochen wurde nicht constatirt, die T. hatte sich primär in der Mamma entwickelt. Ein bestimmtes ätiologisches Moment war nicht zu eruiren. Speciell fehlten die mit der Function der Drüse in Zusammenhang stehenden Momente, die als ätiologisch wichtig hervorgehoben werden: Pat. war nie gravid, hatte also auch nie gesäugt. Aber auch andere Erkrankungen der Mamma, z. B. Mastitis, waren nicht vorausgegangen, ebensowenig Traumen. Und doch glaubt Autor letztere beschuldigen zu müssen, indem eine Art Corset, das bei den Nonnen zur Verdeckung der weiblichen Formen dient, wie ein Brett die Mammae niederdrückt, sodass diese flach gegen den Thorax gepresst werden. Bei einem schon anderweitig tuberculösen Individuum — und ein grosser Theil der Schwestern, die sich mit Krankenpflege befassen, ist tuberculös — kann nun ganz gut in eine derartig gereizte Brustdrüse auf dem Wege der Blutbahn das tuberculöse Virus eingeschleppt werden und so an diesem Locus minoris resistentiae zu T. führen. Die Prognose der Mammatuberculose ist im Allgemeinen eine günstige, besonders wenn die afficirte Drüse amputirt wird. Ist, wie im obigen Falle, eine Anschwellung der Axillardrüsen nicht zu fühlen, so brauchen letztere auch nicht mitextirpirt zu werden, Recidive kommen auch so meist nicht zu Stande, im Gegensatz zu Carcinom.

(Wiener klin. Wochenschrift 1897 No. 34.)

— Die von Landerer so empfohlene **Zimmtsäurebehandlung** der T. hat Dr. Th. Heusser (Davos) seit October 1894 bei 22 Pat. ausgeführt und ist mit den Resultaten recht zufrieden. Es wurden

geheilt . . . . .	6 Fälle =	27,25 %
gebessert . . . . .	12 „ =	54,54 %
ohne Erfolg behandelt	3 „ =	13,63 %
1 Pat. starb.		

Diese Resultate gewinnen noch an Bedeutung, wenn man die Erkrankungsformen der einzelnen Gruppen betrachtet, wie sie Landerer eintheilt, d. h. in:

- I. Chron. T. mit nicht nachweisbaren Cavernen, wenn auch reichlichem Bacillengehalt und mässiger Temperatursteigerung Abends;
  - II. Fälle mit Cavernen ohne wesentliche Temperatursteigerungen;
  - III. Grosse Cavernen mit hohem, continuirlichem Fieber;
  - IV. Acute Phthise, sog. galoppirende Schwindsucht.
- Autor möchte diesen noch hinzufügen:
- V. Initiale T. mit geringen Dämpfungen, spärlichen Bacillen, nicht wesentlich alterirtem Allgemeinbefinden, Fehlen von elastischen Fasern.

Bei diesen Gruppen muss Autor gleich zwei ausschliessen, nämlich No. V, die er nie dazu bewegen konnte, sich dieser Cur zu unterziehen, weil die so leicht Erkrankten noch unter dem Eindruck der Tuberculinfurcht standen, und No. IV, die ja aussichtslos erschien. Alle Pat. gehörten vielmehr der Gruppe I und II an, und zwar gehörten von den Geheilten 3 zu I und 3 zu II, von den Gebesserten 3 zu I, 9 zu II; der eine, während der Behandlung gestorbene Pat. und die 3 ohne Erfolg behandelten gehörten der Gruppe II an. Bei den Gebesserten ist in 7 Fällen die Besserung von Dauer und von den Geheilten sind 2 Fälle seit zwei Jahren, 3 seit einem Jahre, 1 Fall seit fünf Monaten ohne weitere Störungen geheilt, trotzdem sie zum Theil sehr angestrengt thätig sind (z. B. ein Arzt) oder Manches gewagt haben (ein Pat. die Besteigung der Dolomiten Tyrols). Dass die Heilungen und Besserungen nicht etwa dem Aufenthalt in Davos zuzuschreiben waren, war bei mehreren Fällen eclatant ersichtlich, indem z. B. Patienten schon lange Zeit vorher in

Davos waren, ohne Besserung zu zeigen, die erst bei den Injectionen erfolgte, oder Verschlimmerungen trotz weiteren Aufenthaltes in Davos eintraten nach Aussetzen der Injectionen u. s. w., endlich, dass Nichtinjecirte lange nicht solche Curerfolge hatten, wie Injecirte. — Was nun die Technik anbelangt, so verzichtete Autor wegen der Gefahren einer intravenösen Behandlung auf eine solche und zog die glutäale Injection vor mittelst Overlach'scher Spritze mit etwas dicken Canülen. Benützt wurde die von Landerer angegebene Emulsion\*). Bei der Injection wurde die Canüle vollständig in den Muskel eingestossen; kommt nämlich von der Flüssigkeit etwas ins Unterhautzellgewebe, so entsteht ein brennender Schmerz, während sonst die Injection schmerzlos ist. Die Stichwunde wurde mit Hausmann's Adhaesivum am besten verschlossen, und erlebte auf diese Weise Autor nie einen Abscess oder sonstige unangenehme Folgen. Selbstverständlich erzielt man mit intravenösen Injectionen raschere Erfolge, wegen ihrer Einfachheit und Gefahrlosigkeit räth aber Autor zu glutäalen entschieden zu. Er begann mit der Injection von 0,1 der 5 % igen Emulsion und stieg bei jeder Einspritzung, die er jeden 2. Tag vornahm, um 0,1, sofern nicht eine besondere Empfindlichkeit des Pat. ein langsames Steigen empfiehlt. Die Maximaldosis ist 1,0 und bei dieser bleibt Autor stehen bis zum Schluss der Behandlung, welche, wenn irgend möglich, nach Verschwinden aller Symptome noch einen Monat fortgesetzt werden sollte. 5—6 Monate dauert die Cur bei nicht zu schweren Fällen, Geduld gehört von Seiten des Arztes und Pat. dazu, sonst hat man keine Erfolge. Nach den Injectionen werden die Pat. meist matt, die Cur macht sie auch bald „nervös“. Aber schon nach 2—4 Wochen zeigt sich Hebung des Allgemeinbefindens, Zunahme des Appetits, bald vermindert sich auch der Husten, die Temperaturen werden niedriger, allmählig verschwinden die Ronchi und der Auswurf. Autor steht nicht an, folgende Sätze aufzustellen:

- a) Wir besitzen in der Zimmtsäure ein die T. stark beeinflussendes Mittel;

---

\*) Anweisung zur Behandlung der T. mit Zimmtsäure, von Prof. Landerer; Leipzig, Vogel, 1893.

- b) die glutäale Zimmtsäure-Injection ist bei einiger Vorsicht absolut unschädlich;
- c) die glutäale Zimmtsäure-Behandlung vermag einen beträchtlichen Theil der Lungentuberculose zur Heilung zu bringen;
- d) ein Specificum gegen T. ist selbstverständlich auch die Zimmtsäure nicht.

(Therap. Monatshefte 1897 No. 9.)

— Mit **Glandulén**, jenem jetzt in allen Blättern annoncirten, als das wirksamste Mittel gegen Phthisis hingestellten organo-therapeutischen Präparat, das auch ärztlicherseits manch' empfehlendes Attest mit auf den Weg bekommen hat, mit diesem hat Dr. Hildebrandt (Aschaffenburg) nicht gerade gute Erfahrungen gemacht. Er behandelte damit 2 alte und 3 beginnende Fälle, und schreibt darüber: „Der 1. Fall betrifft eine Frau, die sich bei der von mir mit Ichthyolkreosotpillen seit Jahren geübten Behandlung leidlich befunden hatte, sodass sie ihre nicht kleine Häuslichkeit besorgen konnte, guten Appetit und geringen Auswurf hatte. Von dem Tage an, wo sie Glandulén erhielt, trat Fieber ein bis 39,8° Vormittags Abends bis 40°, enorme Schweisse, Diarrhoeen, rapider Kräfteverfall, sodass sie seit dem Beginn der Glanduléncur — im Ganzen hat sie vier Fläschchen gebraucht — das Bett nicht wieder verlassen hat. Der 2. Fall, ein Mädchen von 27 Jahren, das vor 3 Jahren Haemoptoe gehabt hatte und sich bei Ichthyolkreosot so gut befand, dass sie viel im Freien und in Weinlocalen sich aufhielt, magerte nach Gebrauch von 3 Fläschchen Glandulén rapide ab, fieberte und warf enorme Mengen Sputum aus. Sie, die immer an hartnäckiger Obstipation litt, bekam diarrhoeischen Stuhl. Die 3 frischen Fälle wurden von Anfang an mit Glandulén versehen, bei ambulanter Behandlung. Bei sämmtlichen fiel mir die enorm schnelle Abmagerung und der Kräfteverfall nach Gebrauch von drei resp. vier Fläschchen Glandulén auf.“

(Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 36.)

— Dr. C. Horneffer (Berlin, Krankenhaus Bethanien) theilt von da mit, dass das von Filehne empfohlene **Pyramidon** (**Dimethylamidoantipyrin**) gegen das Fieber der

**Phthisiker** erfolgreich angewandt worden sei, und zwar in 23 Fällen mit 336 einzelnen Gaben. Das geschmacklose Mittel wurde in 1 %iger wässriger Lösung esslöffelweise (1 Esslöffel = 20 gr) gegeben, und zwar in Dosen von 0,2—0,6. Die Fieberherabsetzung trat in allen Fällen allmählig ein, erreichte ihren Höhepunkt nach 2—3 Stunden und schwankte bei Gaben von 0,2 zwischen 0,5—2,5°, je nach dem bestehenden Fieber; bei 0,4 gr ging die Temperatur durchschnittlich um 2° herab, ebenso bei Gaben von 0,6. Bei allen 336 Darreichungen trat nie eine schädliche Wirkung ein, auch bei Wochen langer, täglicher Darreichung nicht. Im 2. Fällen gab Autor an 56 resp. 42 Tagen unausgesetzt Pyramidon, im ersten Falle zusammen 20,8 gr, im anderen 22,4 gr; auch hier fehlte jede unangenehme Nebenwirkung, auch hatte die Medication bis zuletzt immer wieder Erfolg, wie beim Beginn der Behandlung. — Auch bei anderen Affectionen wurde Pyramidon als Antifebrile benützt; so bei Pneumonie, Scarlatina, Erysipel, Typhus, wo es sich ebenfalls bewährte, ebenso wie es als Antineuralgicum erspriessliche Dienste leistete, z. B. bei Trigemineuralgien, Kopfschmerzen verschiedenster Art, wo meist eine Dosis von 0,2—0,4 rasch die Beschwerden vertrieb. Bei 5 Fällen von Ischias versagte es aber gänzlich. Autor hält das Mittel für eine werthvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes, zumal es bedeutend billiger als Antipyrin ist.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 35.)

- Dr. C. Magenau (Heidelberg) hat auf Anregung von Prof. Jurasz mit **Phenolum sulforicinicum**, einem Gemisch von reinem Phenol und der sog. Sulforicinsäure, welches von Ruault, Herzog u. A. empfohlen ward, Versuche bei **Larynxphthise** angestellt. Von 27 Fällen, welche genauer beobachtet werden konnten, wurden wesentlich gebessert 12, wenig gebessert 9, gar nicht gebessert 6; von vollständiger Heilung konnte nie gesprochen werden. Benützt wurde, da die anderen Präparate (z. B. das Merck'sche) differiren, das Pariser Originalpräparat (Pharmacie P. Yvon). Nach der Application entsteht auf den betupften Stellen mässiges Brennen von verschiedener Dauer ( $\frac{1}{2}$  Stunde bis  $\frac{1}{2}$  Tag),



die Schleimhaut erscheint etwas hyperämisch und weisslich-opak. Es wurde stets gut vertragen, nie bewirkte es unangenehme Nebenerscheinungen. Es wurde 2 bis 3 Mal wöchentlich applicirt (selten zeitweise täglich) und zwar in 20- und 30 %iger Lösung; letztere ist die brauchbarste, während die erstere sich für den Beginn der Behandlung und für sehr empfindliche Pat. empfiehlt. Am besten cocainisirt man vorher, schon weil es darauf ankommt, das Mittel auf die erkrankten Parthieen unter genauer Controle des Spiegels einzureiben. Subjectiv schon nach wenigen Pinselungen bei fast allen Pat. (45 mit Larynxphthise) Besserung; sie fühlten sich leichter, das Kitzeln und Brennen liess nach, Schluckschmerzen verringerten sich, der Husten wurde weniger, der Auswurf flüssiger, die Stimme reiner. Objectiv: Reinigung und Verheilung von Ulcerationen, Verkleinerung von Infiltraten, besonders solcher an den wahren Stimmbändern und an der Hinterwand. Verdickungen der Aryknorpel wurden wesentlich geringer. In einem Falle von Perichondritis des linken Aryknorpels, mit starker birnförmiger Schwellung desselben, Schmerzhaftigkeit beim Schlucken und bei der Palpation trat schon nach vier Pinselungen nach 10 Tagen merkliche Besserung ein; die Schmerzen verschwanden rasch fast ganz, die Schwellung ging zurück, es blieb nur eine geringe Verdickung, die jetzt auch, nach drei Wochen, verschwunden ist. Am wenigsten scheint das Mittel auf tuberculöse Infiltrate der Epiglottis und der Taschenbänder einzuwirken. Application auf blutende Flächen ist zu widerrathen. Auch bei vorgerückten und vernachlässigten Fällen, namentlich bei schlechtem Allgemeinzustand, Fieber u. s. w., ist wenig Erfolg zu erwarten. Alle nennenswerthen Besserungen fanden statt bei leichteren Fällen mit auch noch relativ gutem Ernährungszustand. In vielen Fällen von vorgerückter Larynxphthise mit Infiltration der Epiglottis, der ary-epiglottischen Falten, tiefen Ulcerationen und Excrescenzen an den Stimmbändern war auch nach lange Zeit durchgeführter Phenolbehandlung keine nennenswerthe Besserung zu bemerken, doch war gerade bei diesen Pat. eine sehr günstige Einwirkung auf das subjective Befinden zu constatiren. Auch bei 2 Fällen von T. der Nase wurde das Mittel angewandt, beide besserten sich erheblich. In dem einen (Lupus nasi bei

13jähr. Mädchen) waren die äusseren Ränder, die Nasenflügel, stark infiltrirt, mit dicken Borken belegt, die innere Nase voll Krusten, der ganze Naseneingang derart stenosirt, dass das Naseninnere nicht zu sehen war; jetzt ist das Infiltrat erheblich zurückgegangen, die Borkenbildung vermindert, Pat. kann durch die Nase athmen. — Auch bei nicht tuberculösen Affectionen bewährte sich das Phenol. sulfuricinicum, so bei Pachydermia laryngis, Laryngitis, Pharyngitis sicca, wo subjectiv und objectiv sehr bald eine günstige Beeinflussung sich geltend machte.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 37.)

**Vitia cordis.** Privatdocent Dr. Norbert Ortner (Wien, II. medicin. Klinik) publicirt 2 sehr interessante Fälle von Recurrenslähmung bei Mitralstenose. Fall 1: Ein 17jähriger Pat., am 12./VIII. 1895 aufgenommen, bot folgende Anamnese: Im 7. Lebensjahre Gelenkrheumatismus mit Lungen- und Rippenfellentzündung. Seither Herzklopfen, starker Husten mit zeitweilig blutig gestreiftem Auswurf, starke Athemnoth, in letzter Zeit Schwellung der unteren Extremitäten, Umfangzunahme des Abdomens, erhöhte Kurzatmigkeit. Status praesens: Pat. verhältnissmässig klein, Zeichen von Rhachitis. Haut und Skleren stark subikterisch verfärbt. Starke Dyspnoe bis Orthopnoe. Cyanose der Lippen und Wangen und der peripheren, sich kalt anführenden Extremitätentheile. Am Halse deutlicher positiver Venenpuls, die rechte Arteria carotis zeigt eine mächtige, im ganzen Trigonum caroticum sicht- und fühlbare, systolische Pulsation, während der Puls der linken Carotis klein, eng, leicht unterdrückbar ist. Pat. etwas heiser, zeigt vollständige Lähmung des linken Stimmbandes. Lungenpercussion normal; auscultatorisch diffuse, namentlich basale Bronchitis. Untere Lungenränder wenig verschiebbar. Im Sputum Herzfehlerzellen, Respiration 26—30. Herz: Spitzenstoss im 7. Intercostalraum in der vorderen Axillarlinie deutlich zu fühlen. Herzdämpfung deckt sich mit dem Spitzenstosse, reicht nach rechts bis an den rechten Sternalrand, nach oben an den oberen Rand der 4. Rippe. Auscultation: An der Herzspitze ein kurzes, präsysolisches Geräusch, accentuirter 1. Ton, systolisches und diastolisches Geräusch; 2. Pulmonalton kaum accentuirt; an der Tricuspidalis schwaches systo-

lisches Geräusch; Aortentöne dumpf, rein; über beiden Carotiden 2 Töne, rechts weit stärker wie links. Herzaction irregulär. Beide Radialarterien eng, Pulsweite niedrig, leicht unterdrückbar, Pulse synchron, keine sicher merkbare Verspätung gegenüber dem Spitzenstosse. Puls 124. Puls der beiden Arter. crurales von analoger Beschaffenheit, wie der der Radiales. Im Abdomen Stauungsleber, Stauungsmilz, Stauungskatarrh des Magens und Darmes, Ascites. Urin ohne nachweisbare pathologische Veränderungen. Starke Oedeme der Bauchhaut und der unteren Extremitäten. Weiterer Verlauf: Progredienz der Erscheinungen der Herzinsuffizienz bei gleichbleibender Differenz der Carotidenpulse, ungeänderten Percussions- und Auscultationsphänomenen am Herzen, bis zum Exitus andauernder Stimmbandlähmung; Zunahme des Hydrops und Ikterus, starke Abmagerung, Exitus letalis am 16./IX. Klinische Diagnose: Stenose und Insuffizienz der Mitralklappe, relative Insuffizienz der Tricuspidalklappe, active Dilatation des ganzen, besonders des rechten Herzens; chronische, bakteriische Endaortitis des Aortenbogens mit nachfolgendem Aneurysma desselben und Compression des linken N. recurrens; wahrscheinliche Verengung der Ursprungsstellen der linken Carotis und der beiden Subclavien durch das Aneurysma; abnormer Abgang der rechten Arter. subclavia vom Aortenbogen hinter der linken Arter. subclavia; braune Induration der Lunge; Stauung in den intraabdominalen Organen. Der Fall bot diagnostische Schwierigkeiten mit Rücksicht einestheils auf die linksseitige Recurrenslähmung, anderentheils auf das abnorme Verhalten der Arterien des Halses und der Extremitäten. Nach Ausschluss aller anderen möglichen ätiologischen Momente für erstere musste Autor trotz des jugendlichen Alters des Pat. und trotz fehlender anderer Symptome ein auf bakterieller Basis entstandenes Aneurysma des Aortenbogens und eine dadurch erzeugte Compression des linken N. laryngeus infer. annehmen, die Differenz aber zwischen den Pulsen der rechten Arter. carotis und jenen der linken, der bilateralen Subclavien und der Crurales konnte er nur durch die Annahme verstehen, dass die rechte Arter. subclavia hinter der gleichnamigen linken aus dem Aortenbogen

entspringe und demgemäss das supponirte Bogenaneurysma der Aorta zwar noch die rechte Arter. carotis freiliesse, dafür aber die übrigen drei genannten Aortenäste verengerte, sodass die rechte Carotis also, abnorm reich mit Blut gefüllt, abnorm starke Pulse darbot. Die Section ergab nun Folgendes: Herz mit Herzbeutel vollständig verwachsen; die mit einander verklebten Herzbeutelflächen lassen sich jedoch vollständig von einander trennen; Herz in seiner Totalität vergrössert; im linken Ventrikel, dessen Lumen weit und dessen Musculatur nur wenig hypertrophisch ist, dunkelrothes, dünnflüssiges Blut; linkes venöses Ostium fast für 2 Finger durchgängig; einzelne Sehnenfäden, namentlich aber der freie Rand der Klappe stark verdickt und von organisirten, zum Theil sich rauh, zum Theil sich glatt anführenden Auflagerungen bedeckt; linker Vorhof prall gespannt, bei Eröffnung entleert sich eine grosse Menge theils flüssigen, theils geronnenen Blutes; Lumen des Vorhofes derartig erweitert, dass derselbe eine kleine Männerfaust aufzunehmen vermag; der so erweiterte Vorhof nun drückt im gefüllten Zustande derart nach vorne und oben, dass der linke Hauptbronchus auf ihm zu reiten kommt und seine hintere Wand sogar abgeplattet erscheint, ja dass der um den Aortenbogen umbiegende N. recurrens sinister an einer circumscribten, ca. 2 mm langen Stelle deutlich grau verfärbt, durchscheinend und verschmälert erscheint; es entspricht diese Parthie gerade der Stelle, wo der Vorhof mit seinem höchstgelegenen Punkte auf den Bronchus, N. recurrens und Aortenbogen drückt; die Aortenklappen zart, schlussfähig, Intima der Aorta stellenweise verdickt, gelblich gefärbt; das rechte Herz ebenfalls vergrössert; die Bicuspidalklappe an ihrem freien Rande mit einem Saum zarter, organisirter Vegetationen bedeckt, das Lumen für drei Finger durchgängig; Pulmonalklappen normal; im rechten Herzhohr festhaftende, zum Theil nekrotische Thrombenmassen; Lumen der linken Pulmonalarterie 3, das der rechten 4 cm weit; in kleinen Aesten der rechten Pulmonalarterie embolische Thrombenmassen. Also die Annahme eines Aneurysmas war eine vollständig irrige gewesen, die Reccurrenslähmung rührte nicht von einem solchen her, sondern davon, dass der in Folge der Mitralstenose höchstgradig erweiterte

linke Vorhof den N. recurrens an jener Stelle comprimirt, an der er sich um den Aortenbogen schlingt! Leider war es nicht möglich, durch die Obduction eine Erklärung für das abnorme Verhalten der Pulse zu finden. Fall 2: Eine 34jährige Pat. wurde am 10./XII. 96 aufgenommen. Vor 12 Jahren Gelenkrheumatismus, seit 2 Jahren Herzklopfen, Athemnoth, Schwindel, Ohnmacht bei stärkeren Anstrengungen, Husten, zeitweilig Erbrechen, in letzter Zeit Anschwellen der Füße und des Bauches, und Heiserkeit. Status praesens: Pat. blass, cyanotisch; Anasarka; positive Pulse der Jugularvenen, arterielle Pulse klein, schwach. Die Lungen reichen rechts vorne bis zum oberen Rande der 5. Rippe, links bis zum 3. Intercostalraum, hinten bis zwei Querfinger unter den Angulus scapulae; geringe respiratorische Verschiebbarkeit der unteren Lungenränder; auscultatorisch diffuse Bronchitis. Herz: Spitzenstoss im 5. Intercostalraum in der linken vorderen Axillarlinie, bei Lagewechsel verschiebbar, epigastrale Pulsation des rechten Ventrikels; Herzdämpfung deckt sich mit dem Spitzenstoss, reicht bis zum rechten Sternalrand; an der Herzspitze ein bloss zeitweilig hörbares, präsysolisches Geräusch, ein 1. ziemlich lauter Ton, systolisches Geräusch, gespaltener, schwacher, diastolischer Ton; an der Pulmonalis und Aorta nach dem 1. Ton ein systolisches Geräusch; 2. Pulmonalton nicht accentuirt; nach dem 2. Aortenton ein diastolisches Geräusch; über der Tricuspidalis zwei dumpfe Töne; starke Arrhythmie des Herzens, frustrane Herzcontractionen. Lähmung des linksseitigen Stimmbandes. Mässige Stauungsleber und Stauungsnieren, Ascites, Anasarka der unteren Extremitäten. Weiterer Verlauf: Zunahme der Erscheinungen der kardialen Insufficienz, der Stauungssymptome, Auftreten von subikterischem Colorit, bis zur Orthopnoe gesteigerte Kurzatmigkeit; ungeänderter Befund im Larynx und am Herzen; 4 Tage ante mortem plötzlich unter Schüttelfrost Fieber bis 39°, drei Stunden später wieder normale Temperatur, welche persistirt; 3 Tage ante mortem über dem linken Unterlappen beschränkte Infiltration, heftiges Seitenstechen daselbst, höchste Athemnoth und Cyanose, stark blutige Sputa. Am 5./II. 97 unter Sopor Exitus letalis. Klinische Diagnose: Stenosis ostii et insufficientia valvulae mitralis, insufficientia et stenosis valv. aortae, insufficientia relativa valv. tricuspidalis

subsequente dilatatione cordis totius, praecipue ventriculi dextri et in primis atrii sinistri; compressio nervi recurrentis sinistri per atrium sinistrum valde dilatatum; infarctus haemorrhagicus pulmonis sinistri lobi inferioris etc. Die in Hinblick auf den 1. Fall gestellte Diagnose wurde durch die Section im Wesentlichen bestätigt, und lieferten somit die beiden Fälle einen ergänzenden Beitrag zur Aetiologie der Stimmbandlähmung in Folge Erkrankung eines mediastinalen Organs, nämlich des Herzens: Es giebt Stenosen des Mitralostiums, bei denen eine derart mächtige Dilatation des linken Vorhofs zu Stande kommt, dass der N. recurrens sinister durch denselben an den Aortenbogen angedrückt, comprimirt, zur Degeneration seiner Fasern gebracht und hierdurch das linksseitige Stimmband gelähmt wird.

(Wiener klin. Wochenschrift 1897 Nr. 33.)

- Einen Fall von Embolie der Arteria mesenterica sup. beobachtete Dr. J. Karcher (Basel, medic. Klinik) bei einer 41jährigen Alkoholistin, die mit schwerem V. behaftet war. Bei der Section fanden sich vor: Insufficienz und Stenose der Mitralis, hochgradige Insufficienz und leichte Stenose der Tricuspidalis, Stenose der Aorta. Das Prädominirende aber war die Mitralstenose. Gerade diese neigt bekanntlich zu Thrombosen und Embolien, und hier fanden sich ebenfalls grosse Thromben in beiden Herzohren und multiple Embolien. Eine Loslösung und Verschleppung fand eines Tages statt. Direct konnte dann eine Embolie der Art. poplitea am linken Beine nachgewiesen werden, indirect durfte man auf Embolie in einer Mesenterialarterie schliessen, indem fast der ganze Symptomencomplex vorhanden war, den einst Kussmaul für diese Affection aufgestellt hatte:

1. Eine Quelle für Embolie war gegeben.
2. Es war eine reichliche Darmblutung aufgetreten, die weder aus einer selbständigen Erkrankung der Darmhäute, noch aus einer Behinderung der Pfortadercirculation erklärt werden konnte.
3. Es war Collaps mit niedriger Körpertemperatur eingetreten.

4. Es hatten sich Schmerzen im Unterleibe eingestellt, welche kolikartig und sehr heftig waren, hier plötzlich einsetzten und links, etwas unterhalb des Nabels, localisirt waren.
5. Es waren beim Eintritt dieser Symptome gleichzeitig Embolien anderer Arteriengebiete zu constatiren.

Es fehlten nur eine andauernde Spannung und tympanitische Auftreibung des Bauches, Bildung von Exsudat in der Bauchhöhle und durch die Palpation nachweisbare Blutsäcke im Mesenterium. Auch konnte das Auftreten von rothem anstatt schwarzem Blut im Stuhl nicht gegen die Diagnose einer Embolie der Arter. mesent. super. verwerthet werden, da die in den Dejectionen nachgewiesenen, gänzlich unverdauten Speisereste auf eine ausserordentlich gesteigerte Peristaltik schliessen liessen. Auffallend war, dass Pat. ihre völlig obturirende Embolie der Arter. mesent. sup. fast 2 Monate überlebte, während die meisten Fälle bisher sofort oder nach wenigen Tagen letal endeten. Bei der Section wurde meist eine gewaltige Infarcirung grosser Darmparthieen, oft ausgedehnte Nekrose derselben gefunden. Auch im obigen Falle wiesen die Darmblutungen auf Darminfarkt hin, wenn schon in geringem Grade und ohne bleibenden Schaden. Die Arter. mesent. super. erwies sich also trotz ihrer so sehr ins Auge fallenden Anastomosen als „functionelle Endarterie“. Schon deshalb und aus zwei fernerer Gründen muss es befremden, dass sich der Kreislauf in den betroffenen Darmparthieen so rasch wieder herstellte: 1. weil es sich hier nicht um Thrombose, sondern um Embolie handelte, und der collaterale Kreislauf plötzlich und nicht erst nach und nach den Dienst versehen musste; 2. weil durch das Hineinragen des Embolus in die Arter. pancreatico-duodenalis infer. deren Anastomose mit der Arter. pancreatico-duoden. super. den Collateral-Kreislauf nicht herstellen konnte. Da eine genaue Untersuchung des Verlaufs der Arter. mesent. super. keine abnormen Anastomosen ergab, musste man annehmen, dass die ganze Blutzufuhr durch die Vermittelung der Arter. colica sin. aus der Arter. mesent. infer. in die Arter. colica media stattfand. Nun fand sich auch Abscessbildung im Pankreas und dessen Umgebung. Am plan-

sibelsten ist, dass primär im Pankreas eine Circulationsstörung durch den Verschluss der Arter. pancreatico-duodenalis infer. entstand, dann secundär durch einen der Pankreasgänge vom Darne her eine Infection der schlecht genährten, vielleicht schon nekrotischen Parthieen zu Stande kam; der Abscess brach dann von aussen in die Arter. mesent. super. durch an einer Stelle, wo die Wand durch einen längere Zeit festsitzenden Embolus zu einem Locus minoris resistentiae geworden war.

(Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1897 No. 18.)

- Ueber **musikalische Mitralgeräusche in Verbindung mit Aortenstenose** lässt sich Dickinson aus: Die Ursachen der musikalischen Herzgeräusche sind ja mit Sicherheit noch nicht festgestellt. Autor ist nun in der Lage, einen Beitrag zur Aufhellung dieses Dunkels zu liefern, durch 4 Fälle, bei denen intra vitam deutlich musikalische Mitralgeräusche — 1 Mal bei vollkommen normaler, 3 Mal bei pathologisch veränderter — und zugleich auch eine Stenose der Aorta vorhanden waren, und bei denen man durch die Autopsie einige Anhaltspunkte zur Erklärung des Phänomens gewinnen konnte. Der 1. Fall betraf einen Knaben, der ein intensives systolisches Geräusch an der Spitze mit musikalischem Timbre aufwies. Bei der Autopsie fand man eine normale Mitralis, eine starke Dilatation des linken Ventrikels und das Orificium der Aorta fast vollständig durch frische Vegetationen verschlossen. Das musikalische Geräusch war hier offenbar verursacht durch die übermässige Spannung der Mitralis, deren Ursache wiederum die durch die hochgradige Aortenstenose bedingte übermässige Ventrikeldilatation darstellte. Im 2. Falle handelte es sich um einen Mann mit den gewöhnlichen Symptomen der Aortenstenose, bei dem ausserdem ein Mitralgeräusch hörbar war, das von einem quiekenden Tone, ähnlich dem einer Maus, begleitet war. Bei der Autopsie fand man eine hochgradige Herzhypertrophie, besonders des linken Ventrikels, das Orificium der Aorta durch fibroide Auflagerungen stenosirt, die Mitralklappe ebenfalls durch Wucherungen verengt. Fall 3 betraf einen alten Mann, der ein systolisches, pfeifendes Geräusch an der Mitralis aufwies. Bei der



Autopsie fand man den linken Ventrikel erheblich hypertrophirt, die Aortenklappen verkalkt und das Aortenorificium verengt, die Mitralklappen verdickt und das Mitralorificium ebenfalls verengt. Im 4. Falle endlich, einem 54jährigen Manne, hörte man an der Spitze deutlich ein systolisches Quieken, ähnlich einem auf der Violine hervorgebrachten hohen Ton. Die Autopsie ergab allgemeine Herzhypertrophie, fast vollständigen Verschluss des Aortenorificiums, theils durch alte rigide Verdickungen, theils durch weiche Vegetationen, sowie Verdickung der Ränder der Mitralklappe. Das musikalische Phänomen war in den drei letzten Fällen offenbar erzeugt durch die unter hohem Druck — das Resultat der Herzhypertrophie und der Aortenstenose — befindliche Regurgitation durch ein verengtes Mitralostium; die kräftige und energische Regurgitation ist es eben, die unter diesen Umständen einen musikalischen Ton hervorbringt, während durch eine gewöhnliche Regurgitation nur ein Geräusch erzeugt wird.

(Royal Medical and Chirurg. Society, 8. Juni 1897. —  
Allgem. medic. Central-Ztg. 1897 No. 75.)

- Ueber **Tabes und Aorteninsufficienz** machen Dr. H. Ruge und Dr. W. Hüttner (Berlin, II. medic. Klinik) Mittheilung. Sie prüften die in den letzten Jahren daselbst vorgekommenen Fälle von Tabes und fanden unter 138 Fällen bei 12 davon (= 8,7 %) gleichzeitig Herzklappenfehler, und zwar 9 Mal Aorteninsufficienz, 2 Mal Mitralinsufficienz mit leichten Veränderungen an den Aortenklappen, 1 Mal Aortenstenose; also in 6,5 % Aorteninsufficienz! Auffallend war, dass der Herzfehler sich meist erst zeigte, nachdem die Erscheinungen der Tabes sich vollständig ausgebildet hatten, ferner, dass die objectiv nachweisbaren Veränderungen am Herzen subjectiv in mehreren Fällen nicht die geringsten Symptome und Beschwerden verursachte, endlich, dass in 11 von den 12 Fällen Syphilis sicher oder ziemlich sicher vorausgegangen war. Dies halten die Autoren ebensowenig für Zufall, wie das so häufige Zusammentreffen von Tabes und Aortenfehlern. Der Zusammenhang ist nach ihrer Meinung der, dass beide Affectionen in der Lues ihre gemeinsame Ursache haben, dass bei den Aortenfehlern die syphilitische Ar-

teriosklerose die Hauptrolle spielt, und dass hierbei auch das Vorkommen von Aortenaneurysmen, wie es bei den 12 Fällen 2 Mal der Fall war, von Wichtigkeit ist, da diese Aneurysmen jetzt allgemein als syphilitischen Ursprungs anerkannt werden; so meint Hampeln, „dass ein sicher diagnosticirtes umschriebenes Aneurysma den fast nie trügenden Rückschluss auf eine vor 8—20 Jahren vorausgegangene Syphilis gestattet,“ nach Étienne lässt sich Syphilis in 70 % der Fälle nachweisen, Fränkel constatirte in 130 Fällen von Aortenaneurysmen 11 Mal Lues, und Gerhardt fand solche bei 53 %. Da nun eine gewisse Beziehung zwischen Aorteninsufficienz zum Aortenaneurysma sicherlich besteht, ist dieser Factor auch von Bedeutung für das Herkommen gerade der Aortenklappenfehler bei Tabes.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 35.)

---

## Vermischtes.

---

— **Euphthalmin**, ein neues Mydriaticum (chem. Fabrik auf Actien, vorm. E. Schering in Berlin), das salzsaure Salz des Mandelsäurederivats, eines labilen n-Methylvinylidacetonalkamins, hat Dr. B. Treutler (Marburg, Universitätsaugenklinik) geprüft und kam auf Grund sorgfältiger Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1. Die durch Einträufeln von Euphthalmin verursachten Beschwerden sind gering und von kurzer Dauer.
  2. Euphthalmin ist ein kräftiges Mydriaticum. Es erweitert in 5—10 %iger Lösung die Pupille maximal, etwa innerhalb derselben Zeit, wie das 1 %ige Homatropin.
  3. Auf alte Leute wirkt es nicht so intensiv und weniger rasch ein, als auf junge.
  4. Vor dem Cocaïn (als Mydriaticum) hat das Euphthalmin den Vorzug der intensiveren Wirkung und des Intactlassens des Hornhautepithels, dagegen den Nachtheil des etwas späteren Eintritts der Mydriasis.
  5. Die Accommodation wird durch Euphthalmin weniger beeinflusst, als durch Homatropin.
  6. Das Zurückgehen sowohl der Pupillenerweiterung, als der Accommodationsparese erfolgt bedeutend schneller, als beim Homatropin.
  7. Unangenehme Nebenerscheinungen auf den Organismus sind bis jetzt nicht beobachtet worden.
- Das neue Präparat hat also mehrere erhebliche Vorzüge vor den gebräuchlichen Mydriaticis, so dass es eine Bereicherung des ophthalmologischen Arzneischatzes bildet.

- Auch Prof. Vossius berichtete über Versuche mit **Euphthalmin**, das in 2 %iger Lösung verwendet wurde. Die Mydriasis erreichte einen mittleren Grad, trat 20—30 Minuten nach Einträufelung von 2—3 Tropfen jener farblosen Lösung ein und verschwand nach 2—3 Stunden gänzlich. Nach dem Einträufeln erfolgte weder eine Schmerzempfindung, noch eine andere unangenehme Nebenwirkung. Die Accommodation blieb unbeeinflusst. Das Mittel eignet sich also vorzüglich zu ophthalmoskopischen Untersuchungen.

(Medic. Gesellschaft in Giessen, 29. Juni 1897. —  
(Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 29.)

- **Feststellung einer Trommelfellperforation.** Darüber schreibt Dr. Stiel (Köln): „Kürzlich wurde mir eine, für mich wenigstens, neue Methode zur objectiven Feststellung einer, wenn auch unsichtbaren, Trommelfellperforation durch den betreffenden Pat. selbst bekannt gegeben. Letzterer erkrankte an acuter Mittelohreiterung. Beim Valsalva'schen Versuch empfand er das Durchströmen der Luft durch das Ohr. Er sagte sich, wenn die Luft nach aussen entweicht, so muss ein angelegter Spiegel sich beschlagen. Gesagt, gethan! Und der objective Beweis für eine Trommelfellperforation war erbracht. Pat. mag vielleicht durch seine frühere Beschäftigung — er fertigte anatomische Präparate an — auf die originelle Idee gekommen sein, sich von dem Vorhandensein einer Trommelfelllücke zu überzeugen. Das Verfahren ist für viele Fälle anwendbar.“

(Therap. Monatshefte 1897 No. 9.)

- **Ein einfaches und sicheres Mittel gegen lästiges Niesen** ist nach Dr. Koch (Hildesheim), kräftig mit der Beuge-seite des äussersten Daumengliedes gegen den (knöchernen) Gaumen zu drücken; das Niesen wird sogar dann noch unterdrückt, wenn die Manipulation vor Beendigung der dem Niesen vorangehenden tiefen Inspiration angewandt wird.

(Zeitschrift f. Krankenpflege 1897 No. 7.)



## Bücherschau.

---

— Wieder ist ein neuer Band der Eulenburg'schen **Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde** erschienen (Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien), und zwar Bd. XIV. Derselbe schliesst sich würdig seinen Vorgängern an. Er enthält u. A. folgende ausgezeichnet bearbeitete Artikel (wir führen nur einige grössere an): „Lungenschwindsucht“ von v. Korányi, „Lupus“ von v. Düring, „Luxation“ von Gurlt, „Magen“ von Klemensiewicz, „Magenchirurgie“ von Kirchhoff, „Magenkrankheiten“ von Ewald, Kuttner, Rosenheim, „Malariakrankheiten“ von Eichhorst, „Manie“ von Mendel, „Masern“ von Fürbringer, „Mastdarm“ von Englisch, „Maul- und Klauenseuche“ von Wehner.

— In demselben Verlage erschien die 2., vollständig umgearbeitete Auflage von v. Gyurkowechky's Werk: **Pathologie und Therapie der männlichen Impotenz**. Das 240 Seiten starke Buch bietet für Jeden, der sich über das interessante und wichtige Gebiet orientiren will, eine Fundgrube alles Wissenswerthen dar, das der Autor auf Grund eigener Erfahrungen und des in der Literatur Niedergelegten in klarer und anziehender Weise schildert.

— **Roth's klinische Terminologie** ist ein so bekanntes und beliebtes Nachschlagebuch, dass es wohl erübrigt, demselben noch besondere Empfehlungen auf den Weg zu geben. Es genügt daher die Mittheilung, dass das Werk jetzt in 5. Auflage (Leipzig 1897, Verlag von Arthur Georgi, Preis: M. 9) vorliegt, und dass es wieder eine nicht unerhebliche Vermehrung erfahren hat, die theils durch die Aufnahme der in den letzten Jahren neugeschaffenen Ausdrücke, theils aber namentlich durch die Heranziehung der wichtigsten französischen und englischen Technicismen bedingt war. Der etymologische Theil ist wieder von Dr. Zimmerer in bekannt gewissenhafter Weise bearbeitet worden.

— Im Verlage von C. Marhold (Halle) erschien ein „**Leitfaden für Krankenpflegerinnen**“ von Dr. Witthauer (184 S.

Preis: M. 3,—). Der erfahrene Autor, der unter Anderen den Probeschwestern und Johanniterinnen des Halleschen Krankenhauses Unterricht erteilt, vermisste stets ein Buch, welches den Lernenden später ein Rathgeber über Gehörtes und wieder Vergessenes sein könnte. Er machte sich nun selbst an diese Aufgabe und hat dieselbe glänzend gelöst. In Form von Vorlesungen giebt er mit klaren, kurzen Worten Belehrungen über Alles, was bei der Pflege kranker Menschen zu wissen noth thut, und zwar beziehen sich diese seine Auseinandersetzungen nicht ausschliesslich auf die Pflege in Krankenanstalten, sondern auch auf solche im Familienhause, sodass jede Mutter das Buch mit vielem Nutzen studiren wird. Autor wusste, wie weit er zu gehen hatte, er zieht keine Curpfuscherinnen heran, sondern hält sich und seine Leser streng in den Grenzen, die hier obwalten müssen. Dieser Vorzug wird dem Buche besonders unter den Aerzten viele Freunde verschaffen, die gern in ihrer Clientel das nützliche Werk empfehlen werden.

— Der **Psychotherapeut**, so lautet ein von Dr. H. Stadelmann verfasstes und in der Stadel'schen Verlagshandlung in Würzburg erschienenes Buch (230 S., Preis: M. 3,—), in dem der Autor, ein begeisterter Anhänger der Hypnose, dem Praktiker alles Wissenswerthe darüber mittheilt und ihn an der Hand zahlreicher, ausführlich beschriebener Krankheitsgeschichten über die Details des Verfahrens und dessen therapeutische Erfolge unterrichtet. Das Buch ist fesselnd geschrieben und wird gewiss, selbst wenn man nicht in Allem mit den Ausführungen einverstanden ist, bei jedem Leser vollstes Interesse erregen, das es auch durchaus beanspruchen darf.

— Die bekannten **Lehmann'schen Atlanten** füllen bereits eine kleine Bibliothek aus. Jetzt liegen bereits die Bände 15—17 vor, Bd. 15 enthält: „Interne Medicin und klin. Diagnostik“ von Dr. Chr. Jakob, Bd. 16: „Chirurgische Operationslehre“ von Prof. Dr. Zuckerkandl, Bd. 17: „Gerichtliche Medicin“ von Prof. Dr. E. v. Hoffmann. Letzterer Autor starb vor wenig Wochen. Gerade an seinem Todestage erschien dies letzte seiner Werke, der vorliegende Atlas, eine ganz hervorragende Nummer der Atlanten. Nicht nur sämtliche Abbildungen (56 farbige, 193 schwarze) sind vorzüglich gelungen und vollendet schön, sondern auch der begleitende Text, eine reiche Casuistik gerichtlich interessanter Fälle enthaltend, bietet so Vieles und so Gutes, dass sich schon um seinerwillen die Anschaffung des billigen Werkes (M. 15,—) verlohnt. Aber auch die beiden anderen Atlanten sind mit allen Vorzügen ausgestattet, welche den Lehmann'schen Atlanten eigen

sind, und die Autoren haben hier ebenfalls Hervorragendes geschaffen. Möge der Verlag (J. F. Lehmann, München), der uns für so billigen Preis eine Sammlung prächtiger Bilderwerke liefert, durch zahlreiche Abnehmer ermuthigt werden, immer weitere Bände folgen zu lassen!

— Auf drei im Verlage von S. Karger (Berlin) erschienene Bücher wollen wir ebenfalls nicht verfehlen, unsere Leser aufmerksam zu machen. Im ersten, „**Ueber Perityphlitis**“ von Rotter, legt dieser Autor seine reichen Erfahrungen über das praktisch so überaus wichtige Thema nieder, giebt uns in den einzelnen Capiteln genaue Auskunft über Mortalität, Spontanheilungen, das klinische Bild u. s. w. des Leidens. Die interessantesten Abschnitte des kleinen Werkes (100 S., Preis: M. 3,50) sind die der Casuistik und der Krankengeschichten, welche dem Leser ein bedeutendes Material vorführen und mannigfache Anregungen und Belehrungen bieten. Das Büchlein sei bestens empfohlen! Nicht minder ein englisches Werk: „**Ueber Appendicitis**“ von Prof. G. R. Fowler (128 S., Preis: M. 4,50), dem Prof. Landerer ein empfehlendes Vorwort gewidmet hat. Dessen bedurfte es eigentlich nicht, da der Inhalt des Buches für sich selbst spricht. Der Autor, welcher Oberarzt und Chirurg an mehreren New-Yorker Kliniken ist, verfügt über reiches Material, das er geschickt verwandte, um den Praktiker zu belehren. Beide Werke enthalten wohlgelungene Abbildungen im Text und Tafeln, welche eine sehr angenehme Zugabe bilden. Das dritte Werk hat Dr. W. Rühl zum Verfasser und ist betitelt: „**Die Anatomie und Behandlung der Geburtsstörungen nach Antefixirung des Uterus**“. Während die Operation selbst ja Sache des Spezialisten ist, werden die Folgeerscheinungen ebenso oft dem prakt. Arzte begegnen, sodass sich dieser mit dem Thema vertraut machen muss. Das kann er recht gut in dem Rühl'schen Buche, das auf wenigen Seiten (82) in Wort und Bild alles Wissenswerthe, klar und präcis geschrieben, bringt.

— „**Nervöse Anlage und Neurasthenie**“ von Dr. O. Dornblüth bildet Bd. I der „**Klinik der Neurosen**“, welche bei H. Hartung & Sohn (Leipzig) erscheint. Das kleine Büchlein enthält in kurzer Darstellung, die aber Alles bringt, was zu wissen noth thut, die reichen Erfahrungen, die der Autor, ein bekannter Nervenarzt, über das wichtige Thema praktisch gesammelt hat. Einen weiteren Raum hat Dornblüth mit Recht der Therapie gewährt, die ja hier oft eine recht complicirte und schwierige sein kann. Der Praktiker wird in dem Werkchen nicht vergeblich sich Rath suchen.

— „Die Buchführung und die schriftliche Geschäftsführung des Arztes“ von S.-R. Dr. M. Vogel (Verlag von F. Enke, Stuttgart. Preis: M. 4,—) ist ein Buch, das dem Praktiker sicher ausgezeichnete Dienste leisten wird; nicht nur, dass es ihn lehrt, die betreffenden Sachen richtig und zweckmässig zu besorgen, sondern die Lectüre wird ihm auch pecuniäre Vorthelle schaffen, indem sie Anregung und Belehrung über Dinge bringt, die sich meist den Kenntnissen des Arztes entziehen, die aber gekannt werden müssen, will man keinen materiellen Schaden erleiden. Ueber Steuereinschätzungen, Taschenbuch, Hauptbuch, Rechnungschreiben, Geltendmachung unserer Forderungen vor Gericht, über Geschäftsbriefe, Eingaben, Schriftverkehr mit Behörden und Vorständen, Befundscheine, Atteste, Gutachten, Receiptschreiben bringt der Autor sehr beherzigenswerthe Vorschläge, giebt werthvolle Winke aber auch über manch' anderen Punkt — kurz, das Werk ist ein sicherer Führer in allen geschäftlichen Angelegenheiten, die dem Arzt irgendwie begegnen können, und wird zweifellos sich deshalb viele Freunde erwerben.

— „Medicinische Deontologie“ von Dr. J. Pagel (Verlag von O. Coblentz, Berlin. Preis: M. 2,—), dieser „kleine Katechismus für angehende Praktiker“ ist den Lesern der „Allgemeinen medic. Central-Ztg.“ wohlbekannt, da der Inhalt artikelweise in diesem Blatte erschien. Autor hat sich durch Zuschriften aus collegialen Kreisen veranlasst gesehen, diese Aufsätze in Broschürenform herauszugeben, und die angehenden Praktiker werden ihm dankbar dafür sein, dass er ihnen diese klaren, fesselnden und belehrenden Auseinandersetzungen zugänglich gemacht hat. Wir nennen, um den Stoff, der bearbeitet ist, einigermaassen zu skizziren, die Uberschriften einiger Abschnitte: „Arzt und Patient,“ „Collegialität,“ „Armenarzt,“ „Landarzt,“ „Kassenarzt,“ „Aerztliche Consilien, Vereinswesen, Disciplin,“ „Verhalten des Arztes im Verkehr mit Apotheker, Droguisten, Heilgehülfe, Hebeamme und Curpfuscher.“ Das Alles sollte eigentlich der Arzt nicht nöthig haben, erst zu lesen, es müsste ihm „im Gefühl stecken“. Aber wie oft ist dies eben nicht der Fall, wie oft werden faux pas gemacht, wie oft geräth aber auch der erfahrene Arzt in Situationen, die er nicht so rasch beherrscht! Also derartige Bücher sind durchaus nicht überflüssig, und zumal wenn sie so gut geschrieben sind, wie das Pagel's, werden sie sicher ihren Weg machen.





Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N. 3.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge  
aus der gesamten Fachliteratur  
zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Salmann in Basel und Leipzig.

---

*December*

*VII. Jahrgang*

*1897*

---

**D**ie früher erschienenen sechs Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen!

---

**Augenentzündungen.** Eine einfache Therapie des Trachoms, die rasch und ohne stärkere Reaction wirkt, keine Narben erzeugt und auch ambulant angewandt werden kann, wird von Dr. Th. Proskauer empfohlen. Es ist die tägliche, ganz flüchtige und leichte Bepinselung der erkrankten Schleimhaut mit 1 %iger Formaldehydlösung. Nur wenn man den Pinsel zu lange mit den afficirten Theilen in Berührung gelassen oder zu stark aufgedrückt hat, kommt es zu einer stärkeren Reaction und muss man das Auge einige Tage in Ruhe lassen. Sonst dauert der Schmerz 1 Minute, Schwellung tritt nicht ein, nach 5—10 Minuten kann das Auge geöffnet werden. Schon in der 1. Woche sieht man Follikel und Papillen kleiner werden, und oft ist schon nach 2—3 Wochen die Bindehaut glatt, ein beginnender Pannus in seinem Fortschreiten aufge-

halten; stets aber wird die Behandlungsdauer erheblich abgekürzt und Narbenbildung vermieden.

(Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde, Mai 1897.)

— Ueber die Behandlung der *Conjunctivitis granulosa s. trachomatosa* hielt Prof. H. Kuhnt einen Vortrag, dessen Inhalt er in folgenden Thesen zusammenfasste:

1. Die *Conjunctivitis granulosa* und *follicularis* sind 2 auf besonderen Infectionen beruhende, selbständige Erkrankungen.
2. Besteht neben der Granulose ein Lidkrampf, eine Blepharophimosis, ein Thränensackleiden oder eine fehlerhafte Stellung der Cilien, so sind diese womöglich vorerst auszuschalten.
3. Die Therapie gegen den granulären Process ist nicht nur dem vorliegenden Stadium und der speciellen Form anzupassen, sondern auch mit Berücksichtigung der äusseren und individuellen Verhältnisse zu wählen.
4. Von entscheidender Bedeutung bleibt nächst dem für die Wahl der Behandlungsart der Umstand, ob der Kranke in einer immunen oder durchseuchten Gegend wohnt, ferner ob er nach erlangter Heilung in einen Granuloseherd zurückkehren muss oder nicht.
5. Nur für die leichten Fälle in immunen oder annähernd immunen Gegenden ist eine rein medicamentöse Behandlung am Platze.
6. Für alle ernsteren Fälle kommen a) die die Körner isolirt zerstörenden Verfahren (wie z. B. die Galvanokaustik), b) die mechanischen und operativen Methoden in Frage.
7. Die wirksamsten mechanischen Methoden sind die der Ausquetschung und der Ausrollung.
8. Bei gleichzeitiger Tarsus-Schwellung oder -Infiltration ist der Ausquetschung, bezw. Ausrollung eine ergiebige Stichelung vor auszuschicken.
9. In pandemisch durchseuchten Gegenden folgen sowohl der Aussengung, wie der Ausquetschung und Ausrollung häufig und schnell Recidive, resp. Reinfectionen.
10. Den chirurgischen Verfahren (Excision der Uebergangsfalte, der Uebergangsfalten und eines

Knorpelstreifens, Ausschälung des Tarsus) haften, wenn sie in richtiger Weise und an der rechten Stelle ausgeführt werden, keinerlei schlimme Folgen an.

11. In den stark durchseuchten Bezirken Ostpreussens konnten bisher nur durch die chirurgischen Verfahren Dauerheilungen erzielt werden.
12. Der mechanischen ebenso wie der chirurgischen Behandlungsart hat sich in den meisten Fällen eine medicamentöse Nachbehandlung anzuschliessen.

(Ophthalmolog. Section des XII. internat. medic. Congresses in Moskau. —  
(Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 38)

— Zur Bakteriologie des Trachoms macht Dr. L. Müller (Wien, pathol.-anatom. Institut) eine vorläufige Mittheilung: Es ist ihm gelungen, aus dem Conjunctival-secrete Trachomkranker einen Bacillus zu züchten, der sich morphologisch und culturell analog dem Influenzabacillus verhält. Von 15 Fällen gaben 11 ein positives Resultat; bei alten Narbentrachomen wuchs er nicht, wenn kein Schleim secernirt wurde. Auch in mikroskopischen Präparaten von ausgeschnittener trachomatöser Conjunctiva fand sich der Bacillus. Der Controle wegen untersuchte Autor 25 Fälle verschiedener, stark secernirender Conjunctividen, dann die Wärter der Trachomzimmer, — stets negativer Befund.

(Wiener klin. Wochenschrift 1897 No. 42.)

— Calomel bei Blennorrhoea neonatorum hat A. Pukalow in 57 Fällen mit sehr gutem Erfolge angewandt. Zunächst spritzte er das Auge mit 2 %iger Borsäurelösung aus, trocknete es mit Watte ab und streute dann auf die ektropionirten Lider und auf die Cornea Calomel auf. Selbst in den schwersten Fällen war schon Tags darauf Abnahme der Secretion und Abschwellung der Lider zu constatiren, nach 2—3 Einstäubungen war die Blennorrhoe behoben. Zur Verstärkung des Effectes kann man nach der Einstäubung Compressen mit 1 %iger Kochsalzlösung verordnen. Die Behandlung dauert nicht länger, als sieben bis acht Tage, nur in verschleppten Fällen, wo 5 Mal eingestäubt werden musste, dauerte sie 2 Wochen.

Die Behandlung ist ohne Assistenz, ja von den Angehörigen selbst event. ausführbar!

(Djetskaja Medicina 1897 No. 3. —

Litteratur-Beilage zur St. Petersburger medic. Wochenschrift 1897 No. 8.)

**Fracturen und Luxationen.** Ueber die Behandlung der Querbrüche der Patella und des Olekranons, wie sie seit Jahren in der Klinik von Prof. J. Wolff geübt wird und bei sämtlichen Fällen gute Resultate ergeben hat, liess sich Dr. Lindemann aus. Es wird gleich nach der Verletzung ein Gypsverband direct auf die Haut angelegt. Handelt es sich um die Patella, so wird bei vollständig gestrecktem Bein ein Zeigefinger des Assistenten an der Basis, der andere an der Spitze der Patella unter spitzem Winkel aufgesetzt. Während die beiden Zeigefinger des Assistenten durch gleichzeitigen, fort-dauernden, krampfhaft festen Druck die Fragmente aneinanderbringen und direct zusammenge-drückt halten, legt der Operateur einen oben bis zur Leistenbeuge, unten bis zur Ferse reichen-den Gypsverband an. Die Finger des Assistenten werden also mit eingegypst, die Gypstouren in der Nähe der Zeigefinger verstärkt und fest ange-drückt, sodass sich ober- und unterhalb der beiden Fragmente ein fester Wall bildet, welcher dieselben zusammengedrückt hält und ihr Ausein-anderweichen verhindert. Nachdem der Gypsverband hart geworden, zieht der Assistent die Finger heraus. Von einer Punction des Gelenkergusses wird in der Regel Abstand genommen; die Fragmente lassen sich im Allgemeinen leichter gegeneinanderdrücken und zusammenhalten, wenn sie noch im Bluterguss ge-wissermaassen schwimmen. Zugleich wird es dadurch ermöglicht, dass man sie tiefer fasst. Nach  $1\frac{1}{2}$  bis  $2\frac{1}{2}$  Wochen wird der Verband abgenommen. In der Regel bleiben die Fragmente alsdann dauernd in ihrer Lage, sodass ein neuer Gypsverband entbehrlich ist. Die Patienten fangen nun an, umherzugehen; gleichzeitig energische Massage und Faradisation des Knie-gelenks und Quadriceps. Unter dieser Behandlung alsdann dauernde knöcherne Vereinigung der Frag-mente. Aehnlich verfahren früher schon Andere, z. B.

Schede, doch wurden hier die Fragmente während der Anlegung des Gypsverbandes mit Daumen und Zeigefinger gabelartig umfasst und aneinandergedrückt, die Finger aber beim Anlegen einer Bidentour für einen Moment fortgenommen, um sie nach Herumführung der Tour sofort wieder anzudrücken; hierbei kam leicht ein Auseinanderweichen der Bruchstücke zu Stande. Obige Methode wurde in 8 Fällen angewandt; jedesmal knöcherne Consolidation der Fragmente und gute Function, sodass die Patienten meist jetzt sehr schwere Arbeit verrichten. Autor stellt nun einige Fälle vor, um die dauernden Endresultate zu demonstrieren: 1) 53jähriger Gartenarbeiter, der sich 1891 einen Querbruch der rechten Patella zuzog. Am Tage der Aufnahme starker Bluterguss im Kniegelenk, in der Mitte der Patella Diastase, in welche man 2 Finger hineinlegen konnte. Anlegung des Gypsverbandes, nach dessen Abnahme Ende der 3. Woche Massage und Faradisation des Quadriceps. Bei der nach sieben Wochen erfolgten Entlassung besteht zwischen den Fragmenten eine feste Zwischenmasse, die Patella folgt den Contractionen des Quadriceps in toto. Massage und Elektrizität werden noch längere Zeit angewandt. Gegenwärtig ergiebt die Untersuchung bei dem Pat., der viel stehen muss und grosse Märsche macht, auch gut und sicher treppauf und treppab geht: Patella knöchern verheilt, um 1 cm verlängert; active Beugung bis  $70^{\circ}$  möglich; Streckung normal und schmerzlos; rechter Oberschenkel in der Mitte um 1 cm schwächer, als der linke; das Röntgenbild ergiebt, dass die Fragmente vollkommen knöchern vereinigt sind. 2) 54jähriger Pat. zog sich beim Tragen einer Last durch einen Fall mit dem linken Knie auf spitzes Pflaster einen Querbruch der Patella zu. Bei der 13 Tage später erfolgten Aufnahme betrug die Diastase der Fragmente 2 cm. Der Gelenkerguss war bereits gering geworden. Gypsverband, Abnahme nach 14 Tagen, darauf 6 Wochen Massage und Faradisation. Bei der Entlassung Fragmente vollständig consolidirt; Beugung bis zum rechten Winkel möglich. Jetzt Patella 1 cm länger, als rechts, und, wie das Röntgenbild zeigt, vollständig knöchern verheilt; an beiden Enden der Bruchfläche fühlt man eine flache Einziehung; active Beugung bis zum rechten Winkel, passive bis zu einem spitzen möglich, Streckung gut und vollkommen; beide Oberschenkel

1

dicht über dem Kniegelenk gleich dick, in der Mitte der linke um 1 cm dünner, als der rechte. Ähnlich die anderen Fälle. Auch wurde ein Fall von Zerreissung des Ligamentum patellae ebenso mit gleich gutem Erfolge behandelt; hier wurde während der Anlegung des Gypsverbandes die ganze Patella mit grosser Kraft in der Richtung der Tuberositas tibiae hin herabgedrückt. Ganz analog wird auch bei Querfractur des Olekranon verfahren. Autor stellt einen 38jährigen Pat. vor, Schlosser, der sich vor 3½ Jahren durch Fall vom Wagen eine Fractur des rechten Olekranons zuzog. Bei der Aufnahme unmittelbar darauf starker Erguss im Gelenk; man fühlte ein circa 2 cm langes Fragment des Olekranons, leicht und unter Crepitation auf und ab beweglich; Diastase so gross, dass man einen Finger hineindrängen kann; Streckung des im Ellenbogengelenk gebeugten Unterarms bei horizontal erhobenem Oberarm nicht möglich. Gypsverband bei gestrecktem Arme bis zur Schulter und Hand reichend. Während der Anlegung hält der kleine Finger des Assistenten das lose Fragment fest gegen die Olekranonbruchfläche gedrückt, bis der Gyps hart ist, dann wird der Finger herausgezogen. Nach 8 Tagen Abnahme des Verbandes. Das Fragment sitzt fest; eine ca. 1¼ cm breite Rinne noch zwischen den Bruchflächen fühlbar. Neuer Gypsverband, der nach 13 Tagen entfernt wird. Darauf Pappschienenverband in rechtwinkliger Flexion auf 7 Tage, dann Pappschienenverband in spitzwinkliger Flexion des Ellenbogengelenks fünf Tage. Dann Massage und passive Bewegungen im Ellenbogengelenk. Gegenwärtig Circumferenz der rechten Ellenbogen-gelenkgegend ca. 1 cm grösser, als die des linken; active Beugung normal, active Streckung bis zum Winkel von 170° möglich; Pronation und Supination ganz frei. Das rechte Olekranon fühlt sich verdickt an. Pat. arbeitet mit dem rechten Arme, wie früher, schwerste Hammerarbeit und erhält keine Rente. Aus diesen Erfolgen geht hervor, dass die blutige Knochen-naht der Patella und des Olekranons in erheblicher Weise eingeschränkt werden kann und muss.

- Ein curiöser Fall von Heilung einer Radialislähmung nach Oberarmbruch wird von Dr. R. Lehmann (Cottbus, Thiem'sche Heilanstalt) mitgetheilt. Ein Kutscher war von seinem Wagen überfahren worden, wobei er den rechten Oberarm gebrochen hatte. Am 1./IV., drei Monate nach der Verletzung, kam er auf Anordnung der Berufsgenossenschaft zur Nachbehandlung in die Anstalt. Die Fractur war mit einer ganz leichten, nach hinten convexen Ausbiegung verheilt; an der Rückseite des Oberarms, etwa handbreit über dem Ellenbogengelenk, befand sich eine starke Callusmasse; Unterarm und Hand zeigten das typische Bild einer sehr schweren, jedoch nicht vollständigen Radialislähmung. Es wurde, allerdings mit geringer Aussicht auf Erfolg, die elektrische und medico-mechanische Behandlung eingeleitet. Kurz vor der beabsichtigten Entlassung, am 10./V., gerieth Patient mit einem Mitpatienten in Streit und bekam mit einem Stocke einen Schlag gegen den rechten Oberarm, sodass dieser an seiner alten Bruchstelle wieder brach. Unter dem nach Schwinden des Blutergusses angelegten Verbands (derselbe war so eingerichtet, dass elektrische und Massagebehandlung möglich war) mit Gewichtsbelastung ging eine gute Callusbildung vor sich. Nach 3 Wochen konnte der Verband entfernt werden, der Bruch war gut geheilt. Bei der weiteren Behandlung zeigte es sich, dass die Leitung in dem gelähmten N. radialis sich zusehends hob, und 2 Monate nach dem zweiten Unfall konnte Pat. mit leistungsfähigem Arme entlassen werden. Der Nerv war also zweifellos in den starken Callusmassen der ersten Fractur eingeklemmt gewesen.

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1897 No. 9.)

- Zur Behandlung von Kieferfracturen empfiehlt Dr. Franz Hansy (Krankenhaus in Baden bei Wien) ein sehr einfaches Verfahren, welches sich in 3 Fällen bewährt hat. Nach Versorgung der complicirenden Wunden der äusseren Haut und des Zahnfleisches wurden die Fragmente durch Fingerdruck möglichst reponirt und die richtige Stellung derselben durch Andrücken des Unterkiefers an den Oberkiefer und Aufeinanderbeissen beider Zahnreihen controllirt. Nun wurde ein genügend langer, möglichst zäher und etwas starker Draht aus Eisen,

Kupfer, Messing oder dergl. aus freier Hand so gebogen, dass nach dessen Einlegung sein hinterer Bügel, überall an der Zungenseite der Zahnhäuse knapp anliegend, längs dem Zahnfleischrande verlief. Rückwärts um die letzten Zähne bog er beiderseits um und verlief in gleicher Weise an der Wangenseite der Zahnreihe bis vorn zur Mittellinie, wo die beiden Drahtenden, vorläufig locker, zusammengedreht wurden. Nun wurden unter Vermeidung einer Verschiebung der Fragmente der äussere und innere Bügel des Drahtes durch eine möglichst grosse Anzahl von aus Blumendraht gefertigten Schlingen verbunden, welche zum Theil durch die Zwischenräume je zweier Zähne an der Basis ihrer Kronen hindurchgezogen wurden. Einige dieser Schlingen wurden an besonders gut sitzenden Zähnen um deren Hals gelegt, um das Festsitzen des ganzen Verbandes zu sichern. Waren einzelne Zähne gelockert oder, wie 1 Mal am Oberkiefer beobachtet wurde, Stücke des Alveolarfortsatzes herausgebrochen, aber noch im Contact mit dem Zahnfleische, so wurden dieselben durch ebenfalls um die betreffenden Zahnhäuse herumgelegte Schlingen aus Blumendraht in ihrer richtigen Lage festgehalten. Durch allmähliges, festeres Anziehen sämtlicher Drahtverbindungen, das auch noch in den ersten Tagen nach dem Anlegen des Verbandes wiederholt wurde, liess sich ein so sicheres Festhalten des Verbandes erzielen, dass weder eine spontane Dislocation der Fragmente, noch ein Verschieben derselben durch Fingerdruck möglich war. Die Verletzten vermochten wenige Tage nach dem Unfall nicht nur den Mund ohne Schmerz zu öffnen, zu schliessen, sondern auch festweiche Speisen zu kauen. Nach Heilung der äusseren Wunden konnten alle drei mit dem Drahtverband im Munde entlassen werden und gingen bis zur völligen Consolidirung der Fractur ihrem Berufe nach, ohne durch den Verband belästigt oder entstellt zu werden. Letzterer genügt, wie die Fälle zeigten, auch bei den schweren Fällen von complicirten und mehrfachen F. am Unter-, sowie am Oberkiefer vollständig, um ein tadelloses Resultat zu erzielen. Dabei erfordert er nur primitive Hülfsmittel (Draht, 1 Pincette, 1 Drahtzange), sodass er von jedem Arzte



auch unter ungünstigen Verhältnissen auszuführen ist, zumal er auch Narkose nicht erfordert. Ein besonderer Werth des Verfahrens liegt ferner darin, dass durch dasselbe am einfachsten und sichersten locker gewordene Zähne oder herausgeschlagene Stücke von Alveolarfortsätzen wieder zum Einheilen gebracht werden können. Natürlich ist seine Anwendung nur dort möglich, wo an beiden Kieferfragmenten die genügende Anzahl fest sitzender Zähne vorhanden ist, doch genügt unter Umständen ein Zahn an einem Fragment, selbst wenn er nicht in unmittelbarer Nähe der Fractur steht.

(Centralblatt für Chirurgie 1897 No. 40.)

- Einen Fall von Bruch im Canalis opticus erlebte Dr. Cramer (Cottbus). Eine 28jährige Frau erlitt am 1. August d. J. dadurch einen Unfall, dass sie beim Heumachen mit der Spitze einer Heugabelzinke gegen den Oberaugenhöhlenrand des rechten Auges getroffen wurde. Sie bemerkte sofort, dass sie nichts mehr mit dem Auge sehen konnte, hatte aber sonst keinerlei Unbequemlichkeit, nachdem die unbedeutende Blutung nachgelassen hatte. Sie arbeitete sogar weiter und suchte erst Hülfe, als nach einigen Tagen das Auge erheblich anschwell und vorgetrieben wurde. Status praesens: In der Augenbraue des rechten Auges eine unbedeutende, etwas belegte Wunde in der Gegend der Incisura supraorbitalis, welche die Haut nicht durchdringt. Druck auf die entsprechende Gegend des Knochenrandes nicht schmerzhaft, letztere, soweit abtastbar, vollkommen normal. Oberes Lid ödematös, blutig suffundirt. Bindehaut stark chemotisch (geschwollen), tritt oben und unten in dicken, blutrothen Wülsten aus der Lidspalte hervor, Augapfel mässig vorgetrieben, steht vollkommen unbeweglich gerade nach vorn. Hornhaut und vordere Kammer normal, ebenso Iris. Pupille fast ad maximum erweitert, absolut starr. Linse, Glaskörper normal. Sehnervenscheibe viel blasser, als links, Arterien eng, Venen mässig erweitert, fast schwarz. In der Gegend des gelben Fleckes, denselben umgebend und verdeckend, eine unregelmässige, dunkelbraunrothe Trübung. Sehvermögen auf ganz unsicheren Lichtschein herabgesetzt. Linkes Auge völlig normal. — Es handelte sich diagnostisch um die Frage: Genügt die Abwesenheit jedes der sonstigen Sym-

ptome, die eine Schädelbasisfractur begleiten, als Nasen- und Ohrblutungen, Erbrechen, Bewusstlosigkeit, später Schwindel, um hier das Vorkommen eines Bruches im Orbitaldach zu verneinen und lediglich der heftigen Blutung und dem durch sie auf die Gebilde der Orbita herbeigeführten Druck die vorliegenden Erscheinungen zuzuschreiben? Es widerspricht dieser Ansicht hauptsächlich der Umstand, dass Pat. sofort nach dem Stosse die Erblindung bemerkte, während die äusseren Erscheinungen der Blutung erst einige Tage später eintraten. Berlin beschäftigte sich eingehend mit der Frage, ob es Orbitalblutungen ohne Bruch des Orbitaldaches gäbe, und kam zu der Ueberzeugung auf Grund anatomischer Befunde bei in Folge von Schädelbrüchen Gestorbenen, dass dies zwar möglich, aber eine grosse Seltenheit sei; andererseits hält er den Umstand, dass erst einige Zeit nach der Verletzung die Suffusion der Lider und der Bindehaut, sowie der Exophthalmus auftritt, für charakteristisch für den Orbitalwandbruch. Letzterer war hier ein indirecter und muss die Gegend des Foramen opticum getroffen haben, da nur dadurch die sofortige Erblindung zu erklären ist.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1897 No. 9.)

**Gewerbekrankheiten.** Einen Vanilleausschlag, der in der Handelsstadt Hamburg relativ häufig vorkommt, aber in der Litteratur noch nicht beschrieben ist, stellte Dr. Ed. Arning (Hamburg) vor. Es handelte sich um ein Ekzem, das bei allen denen aufzutreten pflegt, welche sich mit der Sortirung und Packung der Vanille beschäftigen, und welches unter dem Personal der Vanille importirenden Firmen als „Vanilleausschlag“ bekannt ist. Von solchen Importeuren erfuhr Autor auch, dass ausnahmslos alle frisch Angestellten innerhalb der ersten 3—4 Wochen erkranken, nach Ablauf von 1—2 Wochen aber abgeheilt und fortan immun gegen diesen Einfluss der Vanille sind. Die stärksten Ausschläge pflegen von der stark krystallisirten Vanille zu entstehen. Da nun diese Krystalle aus dem wirksamen Agens des Gewürzes, dem Vanillin, bestehen, so scheint letzteres für den Hautreiz verantwortlich zu sein. Das Ekzem befällt regelmässig zuerst die Hände und die Stirn-

parthieen über den Augenbrauen, breitet sich als *acutes* Ekzem mit zuweilen recht heftiger Schwellung und starkem Juckreiz über Gesicht und Vorderarme aus, schwindet dann bei indifferenter Behandlung meist von selbst, um nicht mehr wiederzukehren. Diese Immunität tritt aber nicht immer ein, wie bei dem vorgestellten Pat. zu sehen ist, der noch jetzt, nach 3 Monaten, ein chronisches Ekzem aufweist und bei einem anderen Pat., der auch nach Abheilung des Ekzems letzteres jedesmal wieder bekommt, sobald er mit Vanille zu thun hat, sodass er seinen Beruf aufgeben musste.

(Hamburger ärztl. Verein, 27. April 1897. —  
Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 27.)

**Hernien.** Die Behandlung *incarcerirter* H. führt J. Rubzow seit einigen Jahren so durch, dass er die Pat. in ein warmes Bad von 30—35° R. und 15—30 Minuten Dauer setzt und in die Gegend des Einklemmungsringes 0,01 Morphinum injicirt. Die Kranken fühlten sich gewöhnlich bald darauf viel besser, verspürten keine Schmerzen, und häufig waren die H. leicht zu reponiren. Von 17 so behandelten Fällen wurden 14 geheilt. Bei frischer Einklemmung ist also die Methode gewiss des Versuches werth.

(Medicinskoje Obosrenje 1897 No. 5. —  
Litteraturbeilage zur St. Petersburger medic. Wochenschrift 1897 No. 8.)

— Einen Fall von *Ovarialhernie*, interessant durch sein Entstehen und die Art der Heilung, publicirt Dr. Betcke (Lenzen). Eine 35jährige Frau litt an Bronchialkatarrh. Eines Tages, als sie im Bette sass und längere Zeit hustete, fühlte sie plötzlich während eines heftigen Hustenstosses einen heftigen Schmerz im Leibe und ein Gefühl von Spannung nach der rechten Leistengegend hin; beim Betasten hieselbst entdeckte sie einen kleinen Knoten, der früher nicht vorhanden war. Tags darauf nahm Autor folgenden Status auf: In der rechten Leistengegend eine kleine Geschwulst, halbwallnussgross, von ziemlich fester Consistenz, auf Druck empfindlich; Haut darüber unverändert und verschieblich. Tumor etwas beweglich, von der Unterlage abzuheben und etwas verschieblich, wobei ziehende Schmerzen in den Leib hineinstrahlen; Percussionsschall

über der Geschwulst leer. Bimanuelle Untersuchung per vaginam ergiebt sonst keine abnormen Verhältnisse, nur ist das rechte Ovarium nicht zu fühlen und es ist ein Strang vom Uterus nach dem rechten Leisten-canal gespannt; Druck auf diesen Strang ruft Schmerzen hervor, die in die Geschwulst ausstrahlen, stärkere Anspannung durch Druck gegen den Strang zieht die Geschwulst etwas nach dem Leibe zu. Der Inhalt des Bruches war also unzweifelhaft das dislocirte Ovarium. Reposition wegen grosser Schmerzhaftigkeit ohne Narkose nicht möglich, der Eingriff wird auf die nächsten Tage verschoben und einstweilen Rückenlage nebst kalten Compressen verordnet. Als Autor nach 3 Tagen wiederkam, war die Hernie verschwunden, 5 Tage nachdem sie entstanden war. Pat. berichtete darüber Folgendes: Sie hatte sich auf die Bettkante gesetzt, dabei war ihr etwas Auswurf in den Mund gekommen, dadurch wurde sie veranlasst, ohne Rücksicht auf ihren Bruch, aufzuspringen, um auszuspucken, und in diesem Augenblicke hatte sie einen heftigen Ruck und Schmerz im Unterleibe und in der Geschwulst gefühlt, sodass sie sich wieder setzen musste; sie entdeckte jetzt das Verschwinden des Bruches. Letzteres konnte Autor ebenfalls feststellen; in die Bruchpforte konnte man mit der Kuppe des kleinen Fingers eindringen, das rechte Ovarium sass an seiner normalen Stelle, jener Strang war verschwunden. Pat. sollte ein Bruchband anlegen, unterliess dies aber. Die Hernie kam aber trotzdem selbst bei schwerster Arbeit nicht wieder, das Ovarium war später auch bei der Periode nie schmerzhaft.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1897 No. 19.)

**Intoxicationen.** Einen Fall von Wismuthintoxication durch Aiol beschreibt Dr. F. Aemmer (Basel), und widerlegt hierdurch die bisher maassgebende Meinung, dass Aiol vollständig ungiftig sei. Ein 39jähriger Pat. machte vor 5 Jahren eine Spondylitis tuberculosa durch; im Anschluss an dieselbe entwickelte sich ein linksseitiger Psoasabscess, der nach Incision nach mehreren Monaten ausgeheilt sein soll. Anfangs des Jahres 1897 verspürte Pat. wieder hie und da Schmerzen in der Gegend seiner Kyphose, und im Verlaufe einiger Wochen entwickelte sich auch rechterseits ein Senkungsabscess, der sich Ende

April, als Autor den Pat. zum ersten Male sah, bereits bis zur Grenze zwischen oberem und unterem Drittel des Oberschenkels erstreckte und in grosser Ausdehnung ziemlich oberflächliche Fluctuation zeigte. Da Autor dem drohenden Durchbruche des Abscesses vorbeugen wollte, punctirte er ihn am 1. Mai und entleerte circa 500 ccm Eiter. Im Anschlusse daran wurden 30 ccm 5 %igen Jodoformöls injicirt. Darauf leichter Jodismus, rasch beseitigt durch Emser Wasser und Natrium bicarb. Bald jedoch Abscess wieder angefüllt. Am 15. Mai 2. Punction und Injection, ebenfalls ohne Dauererfolg, da nach wenigen Tagen der Abscess wieder da war, und zwar grösser, als zuvor. Am 26. Mai dritte Punction und Injection, jetzt aber, statt mit Jodoformöl, mit einer Airolemlusion, die ja von verschiedenen Seiten für tuberculöse Abscesse empfohlen und als ungiftig hingestellt wurde. Also Injection von circa 35 gr einer 10 %igen Airolemlusion (Glycerin, Ol. Olivar. aa). 1 Stunde nachher heftiger, brennender Schmerz, ausserdem nach der Injection die gleichen Kopfschmerzen, Schnupfen etc., aber in etwas höherem Grade, wie nach den Jodoform-injectionen. Auf Natr. bicarb. auch jetzt Nachlass der Beschwerden. Nach drei Tagen sah Autor den Pat. wieder, wobei ihm eine sehr starke Schwellung beider Lippen und ein starker Foetor ex ore auffielen. Pat. erzählte, dass er seit dem 2. Tage nach der Injection an Lippen und Zahnfleisch brennende Schmerzen verspüre, beim Kauen und Schlucken noch mehr Schmerzen habe, ferner mit Kopfweg, Mattigkeit, Appetitlosigkeit und Brechreiz behaftet sei. Zahnfleischrand graublau verfärbt, ebenso Schleimhaut des harten Gaumens in der Umgebung der Zähne; Rachenorgane leicht geröthet; Zungenrand etwas bläulich, Zunge schmierig belegt; Ober- und Unterlippe stark geschwollen; an der Schleimhaut der Wange und der Oberlippe entsprechend der Berührungsfläche mit den Zähnen ein etwa  $\frac{1}{2}$  cm breiter, dunkelblauschwarzer Streifen mit deutlichen Zähneabdrücken; Schleimhaut der Unterlippe in ihrer ganzen Ausdehnung mit grossen, dunkelblauschwarzen Flecken bedeckt, ebenfalls den einzelnen Zahnflächen entsprechend;

im Centrum einzelner dieser Flecke kleine, schmierig belegte Ulcera; Zähne etwas gelockert, Druck auf dieselben schmerzhaft; die submaxillaren Drüsen leicht geschwollen und druckempfindlich; Urin etwas dunkel, mit weisslichem Uratsediment, aber eiweissfrei; kein Fieber. Es musste sich um eine Wismuthstomatitis handeln! Die Ulcera der Mundschleimhaut heilten nach Gurgelungen mit Kal. chloricum rasch aus, die Schmerzen liessen ebenfalls etwas nach, die Allgemeinerscheinungen dauerten an, bis Autor, um einem Weiterschreiten der Intoxication vorzubeugen, am 3./VI. durch eine Incision des Abscesses dem Eiter und der in der Eiterhöhle noch enthaltenen Airolemlusion Abfluss verschaffte; die schwarze Verfärbung der Schleimhaut war noch nach 4 Wochen deutlich sichtbar. Der Urin war erst vom 5. Tage nach der Injection an untersucht worden bis nach Entleerung des Abscesses. Er war immer eiweissfrei, auch Wismuth liess sich nicht nachweisen. Dies negative Resultat kann auf zwei Arten erklärt werden: entweder hat die Ausscheidung durch die Nieren überhaupt nicht stattgefunden oder dieselbe war bereits vorüber (5. Tag!), indem Steinfeld und Meyer bei ihren Versuchen fanden, „dass das resorbierte Wismuth verhältnissmässig rasch ausgeschieden wird, und zwar besonders schnell durch die Nieren, sodass in der Regel schon nach 10—15 Stunden die Ausscheidung auf diesem Wege beendet und weder im Blute, noch im Harne mehr Wismuth nachweisbar ist, während es sich dann noch im Darne vorfindet.“ In dem durch Incision entleerten Eiter fanden sich noch grössere Mengen Wismuth, Blei und Quecksilber aber nicht; letztere fehlten auch in dem daraufhin geprüften Airol. Nun wurde noch experimentirt, ob sich in der Airolemlusion durch Einreibung des Oeles oder Glycerins eine lösliche Wismuthverbindung habe bilden können. Airol soll zwar in den gewöhnlichen Lösungsmitteln unlöslich sein, und doch ergaben die Versuche, dass wenigstens Glycerin Airol löst; diese lösliche Verbindung mit toxischen Eigenschaften musste direct resorbiert worden sein! Der Fall zeigt also, dass von einer absoluten Ungiftigkeit bei Airol keine Rede ist, dass namentlich die Combination von Airol mit Glycerin als ungeeignete

Verwendungsform zu betrachten ist, da sich ersteres in letzterem löst. Autor möchte auch vor der internen Verabreichung warnen, da wir zur Zeit noch nicht wissen, ob sich durch den Einfluss der Verdauungssecrete nicht eine lösliche resorbirbare Wismuthverbindung bildet.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1897 No. 16.)

- **Einen Fall von tödtlicher Vergiftung durch arsenikhaltige Phosphorpillen** publicirt Oberamtsarzt Dr. Bubenhof (Vachingen). Ein alter Bauer, seine Frau und deren erwachsener Sohn erkrankten unmittelbar nach dem Genuesse eines Pfannkuchens mit heftigem Erbrechen und starker Diarrhoe, die Frau starb am selben Tage. Nach dem Krankheitsverlaufe und dem Ergebnisse der Section schwankte die Diagnose zwischen Arsen- und Phosphorvergiftung; die starke Verfettung der Organe innerhalb weniger Stunden, die Gelbfärbung der Gewebe sprachen für letztere, die Beschaffenheit des Blutes, die Diarrhoeen sprachen dagegen. 2 Hühner hatten von dem Erbrochenen gefressen und waren bald darauf verendet. Der gerichtliche Chemiker erhielt die Hühnerleichen, Reste des Erbrochenen und jenes Pfannkuchens, Proben von Mehl und Schmalz, die zur Zubereitung gedient hatten, zur Untersuchung. Dieselbe ergab im Pfannkuchen einen Arsengehalt von 0,07 gr arseniger Säure, im Erbrochenen waren 0,03 gr, in den Hühnern 0,016 gr arseniger Säure, Schmalz und Mehl waren frei von Arsen, nirgends fand sich Phosphor. Woher kam das Arsen? Es ergaben nun die Nachforschungen, dass die Familie Phosphorpillen zur Vertilgung von Feldmäusen sich angeschafft hatte, und dass solche Pillen in der ausserordentlich unordentlichen Wirthschaft in das Mehl gelangt waren; der Lieferant der Phosphorpillen aber erklärte, letzteren eine grosse Menge Arsenik beigemischt zu haben, was stets geschehe, da sonst die Pillen bald durch Oxydation des Phosphors unwirksam wurden.

(Württemberg. Medic. Correspondenzblatt 1897 No. 23.)

- **Einen Fall von Kreolin-Vergiftung** erlebte A. G. Anthony bei seinem eigenen 5 Jahre alten Kinde, welchem aus Versehen 1 Theelöffel reinen Kreolins gereicht worden war. Nach zehn Minuten fand Autor das Kind tief

komatös, mit kalter Haut, schnellem und schwachem Pulse, ganz engen Pupillen. Milch und Kalkwasser waren sofort gegeben worden, jetzt noch künstliche Athmung und Injectionen von  $\frac{6}{10}$  und  $\frac{12}{10}$  mg Atropin. Besserung. Nach zwei Stunden konnte reichlich Magnesia sulf. in Lösung verabreicht werden. Nach 6 Stunden wurden etwa 30 gr schwarzen Urins entleert. Ausser Atropinerscheinungen und localer Verbrennung von Lippen, Mund und Rachen war nichts mehr von der Intoxication zu bemerken.

(New-York med. record, 27. März 1897. —  
Centralblatt für Chirurgie 1897 No. 38.)

- In einem schweren Falle von Carbolsäurevergiftung, den Steavenson behandelte, bewährte sich sehr die Magenausspülung mit Essig (mit Wasser aa). Pat. genas vollkommen.

(Brit. med. journ., 4. Sept. 1897. — Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 38.)

- Dass es eine toxische Facialisparesie giebt, beweisen mannigfache Beobachtungen. So kommen leichtere Paresen im Bereiche der Lippen- und Zungenmuskulatur bei schweren Bleiintoxicationen vor, Bury sah in Folge von Saturnismus doppelseitige Facialislähmung, Remak saturnine Hemiatrophie der Zunge im Anschluss an eine Bleilähmung der Oberextremitäten. Zu diesen Intoxicationslähmungen gehörte unzweifelhaft ein Fall, den jetzt Dr. M. Lauterbach (Annaberg) publicirt, und der einen 38jährigen Potator betrifft, der nach einem Alkoholabusus die Symptome einer Facialislähmung darbot. Erkältung, Trauma, Lues, nervöse Belastung u. s. w. waren sicher auszuschliessen. Patient wollte von einer Behandlung nichts wissen, die Lähmung blieb 2 Monate fast stationär, bis ein intercurrentes Lungenödem dem Leben des Pat. ein Ende machte.

(Wiener medic. Presse 1897 No. 41.)

**Magen- und Darmkatarrhe.** Alkaptonurie bei einem acuten Magendarmkatarrh hatte Dr. C. Hirsch (Leipzig, medic. Klinik) zu beobachten Gelegenheit. Es handelte sich um ein 17jähriges, früher stets gesundes Mädchen, das vor acht Tagen an heftigen Leibschmerzen und



Durchfällen erkrankt war. Letztere hatten auf Opium aufgehört, und seit drei Tagen war kein Stuhlgang erfolgt. Leibschmerzen, Mattigkeit, Uebelkeit und Erbrechen waren jetzt die Hauptklagen der Pat. Die Untersuchung ergab mässige Anaemie, dickbelegte Zunge; Abdomen bei tiefer Palpation schmerzhaft. Bei der geringsten Nahrungsaufnahme stellte sich Erbrechen ein; in 24 Stunden 5—6 Mal. Temp. 38,6°. Pat. erreichte an den folgenden Tagen noch 2 Mal eine Temp. von 38° und blieb dann fieberfrei. Der erste Stuhl erfolgte am 2. Tage nach der Aufnahme auf Einlauf; er war breiig, gelblich, ganz normal. Am Morgen nach der Aufnahme nun zeigte der Harn eine auffallende Verfärbung, er war bräunlich-schwarz. Die Farbe erinnerte Anfangs an Carbolharn doch war der Harn noch dunkler als dieser und spielte mehr ins Bräunliche, als ins Grünliche über. Pat. hat früher nie solchen Harn gehabt! Der jetzige Harn soll auch zuerst heller gewesen sein und erst später immer schwärzere Färbung angenommen haben. Von Medicamenten konnte letztere nicht herrühren, Pat. hatte ausser Opium und Ricinusöl nichts intern oder extern angewandt. Die Reaction des Harnes war schwach sauer; spec. Gewicht 1018, Menge in 24 Stunden 700. Eiweissprobe negativ, ebenso Nylander'sche, Indicanprobe positiv. Ein Quantum Harn wurde über Nacht stehen gelassen und zeigte am folgenden Tage bei noch saurer Reaction tintenschwarze Färbung, sodass der Zusatz von Alkali kein Dunklerwerden erkennen liess. Der frisch gelassene Harn sah entschieden dunkler, bräunlicher aus, als normaler Harn, und wurde beim Stehen an der Luft zusehends dunkler. Er gab dieselben Reactionen. Die Fehling'sche Probe zeigte erst nach längerem Stehenlassen deutliche Reduction. Auch der mit dem Katheter entnommene Harn erwies sich als bedeutend dunkler, als normaler Harn, und hatte denselben bräunlichen Farbenton wie frischgelassener. Nach diesen Beobachtungen schien es wahrscheinlich, dass hier einer der seltenen Fälle von Alkaptonurie vorläge, und die chemische eingehende Prüfung bestätigte dies. Unter Alkaptonharn versteht man mit Boedeker einen Harn, der ein bedeutendes Reduktionsvermögen besitzt und beim Stehen in der Luft (bei Zusatz von Alkali oder bei Eintritt der ammoniakalischen Gährung) sich zusehends bräunt

und dann schwarz wird (die Genese dieser schwarzfärbenden Stoffe noch dunkel); er verhält sich optisch inactiv und vermag nur Nylander's Reagens nicht zu reduciren, wogegen er im Gegensatz zum diabetischen Harn ammoniakalische Silberlösung in der Kälte reducirt. Die Fälle von Alkaptonurie sind sehr spärlich; meist handelte es sich um eine Stoffwechselerkrankung, die entweder das ganze Leben dauerte oder intermittirend auftrat, 1 Mal bei Diabetes, 1 Mal am Ende einer Phthise, 1 Mal prä mortal bei einer tuberculösen Peritonitis u. s. w. Während M. wurde sie bisher nicht beobachtet. Sie war übrigens im obigen Falle nur von kurzer Dauer. Am 2. und 3. Tage der Alkaptonurie betrugen die Harnmengen 400 und 600 ccm bei spec. Gewicht von 1020 und 1018. Die Reactionen und Metamorphosen blieben dieselben, nur wurde der am 3. Tage gelassene Harn nicht mehr ganz so schwarz, und am 4. Tage nach der Aufnahme verschwand die Erscheinung überhaupt, der Harn zeigte da wieder normale Farbe und Reaction, und so blieb es auch, bis Pat. wieder genesen war.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 40.)

- Ueber **klinische Erfahrungen mit Xeroform** berichtet Prof. A. Fasano (Neapel), speciell aber über Wirksamkeit des Xeroforms als Darmantisepticum bei acuter und chronischer Enteritis und gastrointestinaler Autointoxication. Bei 32 Fällen wurden chemische und bakteriologische Untersuchungen gemacht, welche eclatant die Wirkung des Mittels klarstellten; so nahm die Menge des Indicans erheblich ab, ein Beweis für Abnahme des putrefacten Vorgangs im Darne, die Toxicität des Urins und der Faeces war vermindert etc. Bei vergleichenden Versuchen mit anderen Darmantiseptics, wie Salol, Naphthol, Bismuth. salicyl. ergab sich die Ueberlegenheit des Xeroforms, das auch bei den klinischen Versuchen sich durchaus bewährte. Die tägliche Dosis variierte zwischen 4—7 gr während 3 bis 6 Tagen, gegeben in einer Gummi-Emulsion oder in Oblate zu 0,5 alle 2—3 Stunden. Nie bewirkte die Ordination Erbrechen, Druck in der Magengegend u. s. w., im Gegentheil, sie brachte oft Erleichterung. Fälle von Diarrhoeen wurden sehr rasch geheilt. In drei sehr schweren Fällen von Cholera nostras rettete Xeroform offenbar die Kinder. Auch bei Coma diabeticum und Uraemie

zeigte es öfters grosse Wirksamkeit, desgleichen bei Darmtuberculose.

(Archivio internazionale di medica e chirurgica, 8. August 1897.)

**Neuralgien.** Ueber Heilung von Neuralgia spermatica durch Methylenblau schreibt Dr. Jul. Domino (St. Louis): „Durch Zufall bekam ich im laufenden Jahre drei Fälle von irritable testis in meine Behandlung. Bei dem ersten Pat. hatten die beiden behandelnden Aerzte alle Antineuralgica, wie dieselben versicherten, erschöpft, ohne den geringsten Erfolg erreicht zu haben. Nur Morphiuminjectionen brachten auf kurze Zeit ein wenig Linderung der fast unerträglichen Schmerzen, sodass die Castration auf den folgenden Tag beschlossen war. Die Neuralgie währte seit etwa zwei Wochen, Pat. hatte während dieser ganzen Zeit nur für Stunden schlafen können und war in Folge dessen ausserordentlich erschöpft. Am Tage vor der beschlossenen Operation wurde ich noch consultirt. Ich gab sofort Methylenblau (Merck) 0,1, 2stündl. 1 Kapsel. Nach der 3. Kapsel begannen die Schmerzen zu schwinden, nach der 5. Kapsel war Pat. vollständig schmerzfrei. Am folgenden Tage konnte der Mann seinem Geschäft wieder nachgehen. Im Ganzen liess ich 12 Kapseln zu 0,1 Methylenblau verbrauchen. Recidiv ist bis heute nicht eingetreten. Die beiden anderen Fälle waren nicht ganz so schwer, jedoch wurden auch hier die Schmerzen als fast unerträglich beschrieben. Ich hatte in beiden Fällen den gleichen prompten Erfolg durch die Verordnung von Methylenblau. Auch hier bis heute kein Recidiv. Irgend welche üble Nebenwirkungen durch das Methylenblau habe ich nicht bemerkt; in einem Falle trat etwas Harndrang am zweiten Tage auf, der nach wenigen Stunden von selbst verschwand. Eiweiss konnte ich in keinem Falle nachweisen. — Ueber die Aetiologie konnte ich in keinem der Fälle etwas in Erfahrung bringen. Syphilis, geschlechtliche Excesse etc. wurden vollkommen in Abrede gestellt, Heredität war nicht nachzuweisen. Das Einzige, was mir auffiel, war, dass alle 3 Pat. Israeliten waren, jedoch nicht verwandt.“

(Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 39.)

— Gegen N. verschreibt Erlenmeyer Ichthyol nach folgenden Formeln:

Rp.

*Ichthyol.* 20,0  
*Alcohol. absol.*  
*Aether. sulfur.* aa 80,0.  
 S. Aeusserlich!

Rp.

*Ichthyol.* 15,0  
*Chloroform.*  
*Spirit. camph.* aa 80,0.  
 S. 2—3 Mal tägl. einzureiben.

(Centralblatt für die gesammte Therapie 1897 No. 7.)

**Perniones.** Prof. Binz (Bonn) empfiehlt warm die Behandlung mit **Chlorkalk**, die ihm sehr gute Dienste leistete. Er verschrieb:

Rp.

*Calc. chlorat.* 1,0  
*Ung. Paraffin.* 9,0  
*M. f. unguent. subtile.*  
 D. in vitro fusco.  
 S. Aeusserlich!

Er liess des Abends beim Zubettgehen davon erbsen- bis bohngross, je nach der Ausdehnung, die Salbe sanft etwa 5 Minuten lang einreiben und dann einen einfachen Verband mit einem schwer durchdringlichen Stoff anlegen, über den dann der Strumpf oder Handschuh kam. Entzündung und Schmerz verschwanden in der Regel innerhalb einer Woche, wenn das Uebel nicht zu alt oder gar schon zur Verschwärung gekommen war. Auch die starke Röthung der Nasenspitze, die bei manchen weiblichen Personen besonders im Winter und bei scharfen Winden häufig ist, sah Autor einige Male auf diese Weise rasch heilen. Die Wirkung denkt sich Autor so: Wärme und die Kohlensäure der Gewebe zerlegen den Chlorkalk; das Chlor geht leicht durch die Epidermis hindurch und trifft auf die aus den erweiterten Gefässen auswandernden Leukocyten, es hemmt deren Bewegungsfähigkeit und bringt die Gefässe zur Zusammenziehung, womit 2 Theilerscheinungen des Entzündungsvorganges und Ursachen der drohenden Verschwärung beseitigt werden. Von grosser Wichtigkeit ist die richtige Beschaffenheit der Salbe. Erstens muss dieselbe mit Ung. Paraffin. bereitet werden, da andere Grundlagen den wirksamen Componenten zum Verschwinden bringen, zweitens muss der Chlorkalk nach Vorschrift wenigstens 25 % leicht

abspaltbares Chlor enthalten, was bei lang abgelagertem nicht mehr der Fall zu sein pflegt, sodass dann die Salbe keinen kräftigen Geruch mehr nach Chlorkalk hat, wie sie es haben muss.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1897 No. 19.)

**Pertussis.** Dr. K. Urban (Wien, Leopoldstädter Kinderspital) behandelte mit Tussol (Höchster Farbwerke) 102 Fälle, darunter 80 reine, wo ausschliesslich diese Therapie — neben hygienischen Maassregeln — angewandt wurde, während dieselbe bei den übrigen, complicirten Fällen mit der entsprechenden Behandlung der Complication combinirt wurde. Sowohl in reinen, wie in complicirten Fällen übte das Tussol auf Zahl und Heftigkeit der Anfälle, wie auf die Dauer der Krankheit eine unzweifelhaft günstige Wirkung aus; meist nach 8—12, mitunter auch schon nach 3 bis 4 Tagen, begann die Zahl der Anfälle abzunehmen, um in mittelschweren reinen Fällen in 3—4, in schweren und complicirten in 6—7 Wochen gänzlich zu verschwinden. In mehreren Fällen begegnete Autor trotz der Tussolbehandlung statt einer Abnahme einer 3—4 Tage dauernden Zunahme der Zahl, wenn auch nur selten der Heftigkeit der Anfälle; es handelte sich um Kinder mit intensivem Keuchhusten im Beginne des Stadium convulsivum. Auch beobachtete er einige Fälle, bei denen zwar Anfangs eine eclatante Wirkung des Tussols zu verzeichnen war (Sinken der Anfälle von 25—30 auf 10—12), nach 8 bis 10 Tagen aber die Anfälle, allerdings mit verminderter Heftigkeit, rasch wieder die ursprüngliche Höhe fast erreichten, einige Tage constant blieben, um dann wieder ebenso rasch dauernd zurückzugehen. Noch günstiger als auf die Zahl der Anfälle wirkte Tussol auf Heftigkeit und Dauer derselben ein, auch wurden Erbrechen und Appetitlosigkeit meist sehr günstig beeinflusst. Complicationen schienen bei Tussolbehandlung weniger vorzukommen, als sonst, und auf die schon vorhandenen schien Tussol ebenfalls recht mildernd einzuwirken, sodass unter den 102 Fällen nur 5 Mal letaler Ausgang zu beklagen war, wo stets die Pat. bereits mit ausgedehnter lobulärer Pneumonie behaftet gewesen waren. Verordnet wurde das Mittel in wässriger Lösung mit einem Syrup (simpl., Rub. Id. oder

Cort. aur.); Autor verschrieb in der Regel für zwei Tage, und zwar 4 Mal soviel Centigramm, als das Kind Monate, 4 Mal soviel Decigramm, als es Jahre zählte, in 60 gr Wasser gelöst, davon 4 Kinderlöffel pro die zu nehmen, einen Vormittags, drei Nachmittags in Intervallen von zwei Stunden.

(Wiener medic. Blätter 1897 No. 40.)

**Pneumonie.** Pneumonische Endokarditis an den Pulmonalarterienklappen beschreibt Dr. H. Kerschensteiner (Ansbach). Ein 18jähriger Mann erkrankte an croupöser P. des rechten Unterlappens. Eine typische Krisis trat nicht ein, doch fiel das bisher continuirliche Fieber ( $39-40^{\circ}$ ) am 11. Tage auf  $38,3^{\circ}$ ; am 12. Tage starke Schüttelfröste ( $40,5^{\circ}$ ), am 13. Meningitis, am 14. ein schwaches systolisches Geräusch über der Pulmonalis, das bald wieder verschwand; am 17. Tage unter meningitischen Symptomen Exitus. Die Section ergab ausser fibrinöser Pneumonie noch eitrige Leptomeningitis, hämorrhagische Encephalitis, Endocarditis polyposa der Pulmonalarterienklappen, und zwar handelte es sich um Nekrose des Klappengewebes, verbunden mit Auflagerung unregelmässig geschichteter thrombotischer Massen, die aus Fibrin, Leukocyten und körnigem Detritus bestanden. Die Nekrose des Klappengewebes war offenbar durch die massenhaft vorhandenen Bakterien bedingt; dieselben waren identisch mit den in den Lungen gefundenen, die Endokarditis also durch das gleiche Virus hervorgerufen, wie die P. — Aus der Litteratur ergibt sich, dass jeder 4. Fall von maligner Endokarditis nach P. auftritt; als begünstigende Momente wirkten congenitale Missbildungen, frühere Affectionen (Gelenkrheumatismus, alte Endokarditis), Erblichkeit, doch fehlten auch oft solche Momente! Eine solche Endokarditis nach P. kann auch verschiedene Ursache haben; es kann sich handeln um echte Endocarditis pneumonica (Pneumokokken die Urheber!) oder Endocarditis septica (Strepto- und Staphylokokken die Urheber!). Die beiden Formen unterscheiden sich auch durch ihren Verlauf: derselbe ist bei der ersten Form ein ziemlich rascher und häufig mit Meningitis complicirt, bei der zweiten Form erstreckt er sich oft auf

Monate, ist mit Infarcten und metastatischen Abscessen complicirt und bringt pyämisches (intermittirendes) Fieber, gegenüber continuirlichem (typhösem) bei der ersten Form.

(Inaug.-Diss. München 1897. — Allgem. medicin. Central-Ztg. 1897 No. 84.)

**Seborrhoea capitis.** Captol, ein Condensationsproduct von Tannin und Chloral (hergestellt von Fr. Bayer & Co., Elberfeld) hat Oberarzt Dr. P. J. Eichhoff (Elberfeld) mit bestem Erfolg bei S. mit Defluvium capillorum angewandt. Captol zeigte weder die unangenehmen Nebenwirkungen des Tannins, noch die Reizwirkung des Chlorals, besitzt aber eine bei diesen beiden einzelnen Substanzen nicht so sehr prägnante Wirkung auf die erkrankte Kopfhaut; die stark secretionsmildernde Wirkung des Tannins mit der antiparasitären des Chlorals combiniren sich, sodass man mit dem dunkelbraunen, hygroskopischen Pulver, dem Captol, vorzüglich prompte und rasche Resultate erreicht. Die Pat. müssen Morgens und event. auch noch Abends die erkrankte Kopfhaut mit einem Haarwasser einreiben, welches aus einer 1—2 %igen alkoholischen Lösung von Captol besteht, brauchen dann nichts Weiteres anzuwenden. In allen Fällen des Autors überraschender Erfolg! Meist schon in den ersten 8—14 Tagen schwanden die Schuppen, auch der Haarausfall wurde allmähig weniger stark und hörte nach einiger Zeit vollständig auf. Es giebt kein anderes Mittel, das den hier in Betracht kommenden Indicationen auch so genügte, wie das Captol, das zudem nie unangenehme Nebenwirkungen offenbarte. Autor räth sogar, dasselbe prophylaktisch, als kosmetisches Mittel zu benützen, da es als Haarwasser angenehm, stets wirksam und unschädlich ist, was man bei vielen Haarwässern, die Geheimmittel sind, nicht weiss.

(Therap. Beilage No. 9 zur „Deutschen medic. Wochenschrift“ 1897 Nr. 41.)

**Struma.** Einen Fall von Strumitis erysipelatosa bei Morbus Basedowii mit Ausgang in Heilung beobachtete J. Troitzky. Bei einer 56jährigen Pat., die an Morbus Basedowii litt und eine kindskopfgrosse St. hatte, trat ein Erysipel des Halses, speciell der die St. deckenden Hautoberfläche ein. Nach kurzer Zeit bildete sich ein Abscess, aus dessen Höhle einen Monat lang in reichlicher Menge Eiter ausgeschieden wurde.

Die Geschwulst verkleinerte sich, bis nach Monaten von einer Vergrösserung der Schilddrüse keine Spur mehr vorhanden war. Gleichzeitig schwanden auch die Symptome der Basedow'schen Krankheit.

(Eshenedelnik 1897 No. 6. —

Litteraturbeilage zur St. Petersburger medic. Wochenschrift 1897 No. 8.)

- Ueber **halbseitige Strumektomie bei Morbus Basedowii** sprach Prof. J. Wolff. Nach Buschan, der einen „genuinen“ und einen „auf kropfiger Basis entstandenen“ Basedow unterscheidet, sind unter 81 bisher bekannt gewordenen Fällen von Strumektomie bei Morbus Basedowii höchstens zwei Fälle von Heilung des genuinen Basedow zu verzeichnen gewesen. Indess hat weder diese, noch irgend eine andere der bisherigen Statistiken der nichtoperativen oder operativen Behandlung des Morbus Basedowii eine genügende Verlässlichkeit. Alle bisherigen Statistiken leiden an dem Mangel, dass fast überall da, wo von „Besserungen“, „erheblichen Besserungen“, „Heilungen“ die Rede ist, die einzelnen Erscheinungen des Basedow nicht genau genug bezüglich dieser Besserung resp. Heilung geprüft worden sind. Namentlich sind auch in den allermeisten Fällen die Besserungen und Heilungen der einzelnen Erscheinungen nicht hinreichend sicher bezüglich der Dauerhaftigkeit geprüft worden. Autor stellt nun eine Pat. vor, die er im Mai 1892 operirt hat, bei welcher es sich also um eine fast 5jährige Beobachtungszeit handelt. Bei der Pat. hatte sich im Frühjahr 1891, als sie im Alter von 23 Jahren stand, Chlorose und grosse psychische Reizbarkeit eingestellt; im Juni 1891 traten S. und Herzpalpitationen hinzu, bald darauf Exophthalmus, Hitzegefühl, profuse Schweissausbrüche, Durstgefühl, Zittern, Schlaflosigkeit und Athemnoth. 1 Jahr hindurch hatte Pat. sich interner Behandlung unterzogen, bei genügender Ruhe und guter Pflege. Die Krankheitserscheinungen hatten sich dabei aber immer mehr verschlimmert. Sehr bleich und heruntergekommen und mit hochgradiger Dyspnoe kam sie im Mai 1892 in die Klinik, wo Autor die linke Kropfhälfte entfernt. Diese wog 86 gr, die grössere zurückgebliebene rechtsseitige Hälfte wurde auf circa 100 gr geschätzt. Die Luftröhre war säbelscheidenförmig. Am 25. Tage wurde Pat. mit geheilter Wunde



entlassen. Die Athembeschwerden waren vollkommen beseitigt, die meisten übrigen Erscheinungen aber bestanden weiter. Im Laufe des Sommers nahm Pat. 24 Pfund an Körpergewicht zu, auch besserten sich allmählig die Erscheinungen des Basedow. Seit dem Herbst 1892 ist Pat. absolut frei von allen subjectiven Beschwerden; sie hat ein gesundes Aussehen bekommen und ihre frühere Fröhlichkeit wieder erlangt. Im April 1893 hat sie sich verheirathet, September 1894 und October 1895 geboren. Gegenwärtig besteht noch ein pflaumengrosser, rechtsseitiger Kropfrest, dessen Gewicht auf etwa 40 gr abzuschätzen ist, ferner ein sehr geringer Exophthalmus, kaum noch andeutungsweise das Gräfe'sche Symptom; dagegen ist die Herzthätigkeit durchaus normal, Pulsfrequenz 70, Tremor minimal, Schweisssecretion, psychischer Zustand, Schlaf normal, Stellwag'sches und Möbius'sches Symptom, Kopfschmerz und Ohrensausen geschwunden, Sensibilität im Bereich des Trigeminus intact, desgleichen der elektrische Leitungswiderstand der Haut; das absolut gute subjective Befinden hat im Laufe der letzten 4 Jahre niemals die geringste Unterbrechung erfahren. — Zu weit gehende allgemeine Schlussfolgerungen dürfen, so erfreulich auch der Verlauf des Falles ist, aus demselben nicht gezogen werden. Aber in Verbindung mit dem, was Rehn, Mikulicz, Krönlein u. A. berichtet haben, zeigt er doch, dass es unzulässig ist, über die Strumektomie bei Morbus Basedowii den Stab zu brechen oder ihr nur in den Fällen eine Berechtigung zuzugestehen, in welchen Trachealstenose vorhanden ist. Im obigen Falle sind nach der Operation die Herzaffectio, der Tremor, die Hyperidrosis, die psychische Alteration geschwunden, die doch mit Trachealstenose nichts zu thun haben, und die bei noch so hochgradiger, durch gewöhnliche S. erzeugter Trachealstenose fehlen. Der Fall zeigt ex juvantibus, dass mit den Hypothesen der meisten Neuropathologen, nach welchen der Basedow lediglich entweder auf einem primären Reiz- oder Lähmungszustand des Sympathicus, oder auf einer Vaguslähmung, oder auf einer organischen oder functionellen Erkrankung des Bulbus der Medulla oblongata, oder auf einer Neurose der Gehirnrinde beruhen soll, uns nicht gedient sein kann. Vielmehr gewinnt auf Grund obiger Beob-

achtung aufs Neue die Hypothese an Wahrscheinlichkeit, dass die S. eine gewisse, sei es zunächst auch noch so dunkle ursächliche Rolle spielt. Wenigstens ist eine solche Annahme so lange berechtigt, als es den internen Aerzten nicht gelungen ist, uns Fälle von ebenso schweren Störungen durch genuine Basedow'sche Krankheit, wie im obigen Falle, zu zeigen, in welchen ein ebensolange andauerndes Schwinden aller subjectiven Symptome operationslos gelungen ist.

(Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins, 8. Febr. 1897. —  
Vereinsbeilage der Deutschen medic. Wochenschrift 1897 No. 26.)

**Tetanus.** Zur Frage des rheumatischen T. und der Antitoxinbehandlung des T. liefert Dr. F. Steiner (k. k. Krankenhaus Wieden in Wien) zwei Beiträge: 1. Ein 38jähriger Geschäftsdienner wurde am 11./V. 96 aufgenommen. 10 Tage vorher war er auf einem Geschäftsgange in sehr erhitztem und durchschwitztem Zustand von einem heftigen Regenguss überrascht worden und war, bis auf die Haut durchnässt, nach Hause geeilt. Tags darauf heftiger Schnupfen, sonst Wohlbsein. Nach einigen Tagen Mattigkeit, Frösteln. Vor 8 Tagen stürzte Pat. plötzlich auf der Strasse zusammen, ohne dabei das Bewusstsein und die Sprache zu verlieren, aber unfähig, die Augen zu öffnen. Nach  $\frac{1}{2}$  Stunde hatte er sich soweit erholt, dass er sich erheben und, allerdings mühselig und steif, nach Hause schleppen konnte. Nach unruhig verbrachter Nacht fiel ihm beim Erwachen auf, dass er den Mund nur schwer öffnen, den Kopf nicht nach vorn beugen, die Füße kaum bewegen, sehr schlecht schlucken und nur ganz hölzern sprechen konnte. Status praesens am 12/V. 96: Grosser, magerer Mann, etwas blass, Haut mit klebrigem Schweisse reichlich bedeckt. Sensorium frei. Temperatur nicht erhöht. Puls 96. Pat. liegt ganz gestreckt im Bette, Nacken etwas nach rückwärts gebeugt. Facies tetanica; Augen fast geschlossen. Stimme undeutlich, mehr flüsternd. Kinnbackenkrampf. Thorax-, Abdominal- und Beinmuskulatur hart, druckempfindlich, Abdomen muldenförmig eingezogen. Willkürliche Bewegung der Extremitäten aufgehoben; passiven Bewegungsversuchen steht bedeutender, von Schmerzäusserungen begleiteter Widerstand im Wege. Obere Ex-

tremitäten im Ellenbogengelenk gebeugt, Hände und Finger flectirt, rigid. Reflexe nicht prüfbar. Die Untersuchung der Haut ergibt eine Reihe verheiliter, zartester, ganz oberflächlicher, augenscheinlich durch Glassplitter hervorgerufener Schnitten an Händen und Knien, welche in Folge von Staubeinlagerungen als graue, schwache Linien sich präsentiren; eine Durchtrennung der Cutis scheint nicht vorgelegen zu haben. Decursus: Bei Tag und namentlich bei Nacht häufig ohne Temperaturanstieg paroxysmenartig stossweise, den ganzen Körper in Mitleidenschaft ziehende Zuckungen, wobei Pat. in opisthotonische Stellung aufschnellt und sein Leib nur von den Fersen und vom Kopfe gehalten wird; hochgradiger Schmerz, womöglich noch grössere Erhärtung der Muskeln, mehr Schweiss. Absolute Schlaflosigkeit, Obstipation, concentrirter, stark saurer Harn, Schnupfen, leichte Conjunctivitis. Trotz Salicyl-, Chloral-, Sulfonal- und Morphindarreichung keine Besserung. Am 3./VI. Morgens schleudert Pat. bei einem sehr heftigen Niesacte eine 3 cm lange und kleinfingerdicke, eitrige Borke aus der Nase. Von diesem Moment ab auffällige Besserung des Zustandes; nur noch drei opisthotonische Anfälle treten auf, die continuirliche Steifigkeit verliert sich allmähig, Pat. ist schmerzfrei, schwitzt nicht mehr, schläft; 9 Tage nach jenem Ereigniss vollständige Heilung. Die Versuchung lag hier Anfangs sehr nahe, den alten Begriff „T. rheumaticus“ wieder hervorzuholen, und erst die Besserung nach Ausstossen jener Borke liess den Causalnexus zwischen T. und Nasenaffection hervortreten. Vielleicht war die Durchnässung die Ursache des Schnupfens und in dessen Gefolge auftretender oberflächlicher Excoriationen der Nasenschleimhaut, und erfolgte an diesen Stellen, wahrscheinlich vermittelt der staubbesetzten Finger des Pat. die Infection, wie es ja so oft bei dem Erysipel der Fall ist. Es lag hier also nur eine ungewöhnliche Eingangspforte vor, deren sich die Tetanusbacillen zur Invasion bedienten. 2. 25jähriger Geselle, aufgenommen am 28/I. 97. Pat. war am 15/I. gefallen, wobei er sich den Daumen der linken Hand verstauchte. Im Anschluss daran Schwellung und dann Vereiterung (Panaritium), rasch behoben durch Spaltung. Verheilung der Wunde einige Tage vor Auftreten der

ersten Symptome beendet. Am 25./I. undeutliches Sprechen, schweres Kauen. Tags darauf Unfähigkeit zu schlucken, Steifigkeit und Schmerzen im Genick und in den Beinen. In den nächsten Tagen Krämpfe, Unwohlsein etc. Status praesens am 29./I. 97: Kräftiger Mann mit freiem Sensorium. Hautdecken feucht. Temp. 38,9°, Puls 100, Respiration 24. Risus sardonicus. Trismus. Die aneinander gepressten Zahnreihen zwischen den auseinander gefletschten Lippen sichtbar. Augenlider leicht gekniffen, Lidspalte verkleinert; Pupillen eng. Sprache langsam. Nacken gestreckt, Cervicalmuskeln bretthart, ebenso die Rückenmuskeln. Orthotonus. Muskeln des Brustkorbes und der Bauchwand contrahirt und Mangels des Fettpolsters in ihren Contouren deutlich unterscheidbar. Beine gestreckt, besonders auffallende Contraction der Adductoren. Obere Extremitäten an den Rumpf angedrückt, im Ellenbogen- und Handgelenk gebeugt; ihre active Bewegung verursacht Schwierigkeit. Beine, Rumpf, Nacken kann Pat. überhaupt nicht selbst bewegen, die passive Motilität durch Schmerzen und Hemmungen geradezu auf Null eingeschränkt. Reflexe wegen der Contractur nicht zu prüfen. Pat. kann nur schwer schlucken. Durst sehr stark. Obstipation. Harn vermindert, dunkel, stark sauer, viel Uratsediment, etwas Indican. Sehr schlechter Schlaf; im Schlafe Starre theilweise gelöst. Allgemeine Muskelstarre häufig unterbrochen durch paroxysmenartige Krampfsteigerungen; unter einem allgemeinen Ruck fährt Pat. zusammen, wird cyanotisch, die Muskeln werden noch härter, vibriren leicht, Pat. stöhnt vor Schmerzen. Nach  $\frac{1}{2}$ —1 stündiger Dauer Rückkehr zum interparoxysmalen T. Remissionen dauern 10—20—30 Minuten und werden unterbrochen durch die spontan oder beim geringsten activen oder passiven Bewegungsversuch auftretenden Zuckungen. Im Tage 10 bis 15 stets lang dauernde Anfälle, während der Nacht weniger. Decursus: Chloral, Sulfonal, Morphinum ohne Effect. Am 1./II. Vormittags 9 Uhr, während Pat. bei 38,5° C. in Schweiß gebadet in tonischer Starre daliegt und vor Schmerz stöhnt, werden 1,125.000 Immunitätseinheiten Tizzoni'schen Antitoxins, d. h.  $\frac{1}{2}$  Portion (2,25 gr) der erhältlichen Fläschchen mit Trockenserum, gelöst, resp. fein emulgirt in 10 ccm sterilisirtem Warmwasser mittelst 10 ccm fassender Spritze unter die Bauchhaut injicirt.  $\frac{1}{2}$  Stunde nachher

erklärt Patient spontan, er fühle sich erleichtert, sei schmerzfrei; kein Schweiss mehr (auch ferner nicht!), Starre geringer, Pat. kann sich etwas bewegen; Temp. 38,2° C. Zwei Stunden später ruhiger, 3stündiger Schlaf, aus dem Pat. fieberfrei, frisch erwacht. Gegen 1/2 5 Uhr Nachmittags: Temp. 38°, Puls 86, Respiration 32, etwas oberflächlich. Pat. versucht seine Fähigkeit, sich zu rühren, zu demonstrieren; daraufhin ein leichter, tonischer Anfall (der erste nach der Injection), jedoch nur abortiv. Nacht ruhig. Am 2./II. Morgens afebril; abortiver, schmerzloser Krampfanfall, ziemliches Wohlbefinden; der Vorschrift entsprechend, wird von der 2. Hälfte des Fläschchens ca. 1/4, d. i. 0,6 gr injicirt; keine weiteren Paroxysmen; Nachmittags 38°; Schlaf ungestört. Am 3./II. Vormittags 37,5°; ein tonischer Krampf in den Extremitäten und in der Nackenmuskulatur, leichte Cyanose, Schmerz; Injection des Restes = 1,65 gr Trockensubstanz; Tags über Ruhe, Abends 37,8°, Schlaf etwas unruhig. Am 4./II. 3 Uhr früh Anfall, wie Tags zuvor; noch 2 solche am Tage, von da ab aber keiner mehr, nur noch 2 Wochen war eine leichte Rigidität in den Vorderarmen und eine stärkere, von Schmerzhaftigkeit der Nervi ischiadici begleitete, in den Adductoren vorhanden. Das Antitoxin hat hier zweifellos heilend, resp. heilungbefördernd gewirkt, was sich durch folgende Umstände documentirte: die übernormale Schweisssecretion sistirte mit einem Schlage, und da es nicht unwahrscheinlich ist, dass man in der tetanischen Hyperidrosis ein Vergiftungssymptom vor sich hat, so wirkte das Serum direct antitoxisch; es trat ferner unmittelbar nach der Injection Beruhigung, subjectives Wohlbefinden und Schlaf ein, und endlich blieben die bis zur Einspritzung so gehäuft auftretenden und schmerzhaft empfundenen Anfälle auf einmal 8 Stunden aus und wiederholten sich dann nur abortiv und meist schmerzlos. Doch glaubt Autor, dass die in einem Tizzoni'schen Fläschchen enthaltene Dosis von 4 1/2 gr Trockenserum, entsprechend 2,250.000 I.-E., zu klein ist, und rath daher, sich immer gleich 2 Fläschchen zu beschaffen und, entgegen dem Rathe Tizzoni's, gleich das 1. Fläschchen auf einmal und das zweite in den erforderlichen Raten einzuspritzen. Er liess das schwer lösliche Trockenpräparat in warmem Wasser durch fast 1 Stunde verreiben und injicirte dann in die Bauchhaut; in Zukunft will er aber

dem Rathe Behring's und Knorr's folgen, die behaupten, dass die Heilwirkung 24 Stunden früher eintritt, wenn man 5 gr Trockenserum in 45 ccm sterilen Wassers löst (von höchstens 40° C.) und dann auf einmal intravenös injicirt. — Aus den 2 Fällen aber zieht Autor folgendes Resumé:

1. dass ein anscheinend rheumatischer T. doch ein infectiöser, nur mit einer seltenen Infektionspforte war;
2. dass derselbe sicher spontan, und zwar rasch heilte, nachdem die Hauptmasse der Intoxicationsträger entfernt war, d. h. die Borke sich losgelöst hatte;
3. dass das Antitoxin zum Mindesten nicht schadet;
4. dass es einen auffallenden, günstigen Einfluss ausübt, sodass anzunehmen ist, dass eine ausgiebige Verwendung desselben den T. sicherer zur Heilung bringen dürfte, als die Spontanheilung vor sich geht.

Solange aber nicht der ganz sichere Beweis dieser Serumwirkung erbracht ist, haben wir die Pflicht, T. sowohl, wie Diphtherie combinirt, d. h. causal und symptomatisch, zu behandeln und Sahli's Rath zu befolgen, der von einer zeitgemässen Behandlung des Tetanus erfordert:

- a) Desinfection der Infektionsstelle, besonders durch Jod;
- b) Eliminirung des Giftstoffes via Harn durch reichliche Flüssigkeitszufuhr, indem mit der vermehrten Wasserausscheidung, solange Herz und Nieren gut functioniren, bei vermehrten Harnmengen auch die Menge der ausgeschiedenen Harnbestandtheile steigt;
- c) Darreichung der physiologischen Antidote (Chloral, Morphin, Brom u. dergl.);
- d) Injection des Serums.

(Wiener klin. Wochenschrift 1897 No. 36.)

— **Exitus trotz Antitoxins** erfolgte bei einem Falle von T. traumaticus, den Dr. Kortmann (Münster, Franciscushospital) mittheilt. Pat., ein Fuhrmann, starb 22 Stunden nach der Injection, welche in voller Dosis (5 ccm) intravenös 27 Stunden nach den ersten Krampferscheinungen gemacht worden war, ohne dass ein

Erfolg zu verzeichnen war. In allen jenen Fällen, wo Antitoxin lebensrettend gewirkt haben soll, zeigte das Leiden — so meint Autor — von vornherein mehr subacuten Charakter; die ersten Tage der Krankheit, in welchen in den schlimmsten Fällen der Exitus einzutreten pflegt, waren bereits überstanden, als Antitoxin zur Anwendung kam, sodass man zweifelhaft sein kann, ob dieses überhaupt der rettende Factor war. Autor will ja den Effect des Mittels nicht wegleugnen, aber es bedarf noch zahlreicher Beobachtungen, um Schlüsse zu ziehen.

(Therap. Beilage zur Deutschen medic. Wochenschrift 1897 No. 9.)

**Tuberculose.** Primäre tuberculöse Geschwülste in Nase und Kehlkopf und deren Heilung durch Operation hat Dr. R. Sachs (Hamburg) beobachtet und macht einige Krankengeschichten bekannt. Erstens: 11jähriges Kind, im Januar 1895 wegen behinderter Nasenathmung auf der linken Seite zur Behandlung kommend. Das Leiden hatte vor 3 Jahren schon mit allmählig stärker werdendem Ausfluss und andauernder Krustenbildung am Introitus narium begonnen, sonst soll das Kind im Uebrigen immer wohl gewesen sein. Eltern und Geschwister gesund. Aeusserer Nase vorn kolbig verdickt. Linke Seite der Nase durch einen Tumor ausgefüllt, der, vom Septum cartilagineum ausgehend, sich an das vordere Ende der unteren Muschel anlagert; Tumor kirschengross, von höckeriger Oberfläche, mit eitrigem Schleim bedeckt. Rechte Seite der Nase normal. Rhinoscopia poster. negativ. Keine Drüenschwellungen. Auch sonst allenthalben normaler Befund. Das den Tumor bedeckende Secret wurde auf Tuberkelbacillen untersucht, mit negativem Erfolg. Trotzdem wird T. diagnosticirt und mittelst kalter Schlinge ein Stück des Tumors zwecks mikroskopischer Untersuchung entfernt. Das histologische Präparat bot das Bild typischer T. Zweitens: 23jährige Frau, mit zunehmender Behinderung der Nasenathmung, will vor ca. einem Jahre zuerst bemerkt haben, dass die rechte Seite der Nase nicht mehr so frei durchgängig für die Athmung war. In der letzten Zeit wesentliche Verschlimmerung. Pat. hat 2 gesunde Kinder, 1 Bruder starb an Phthise. Haselnussgrosser, röthlicher, glatter Tumor, vom

Septum cartilag. nar. ausgehend und die rechte Seite der Nase in ihrem vorderen Theile ziemlich ausfüllend. Linke Seite der Nase, Nasenrachenraum normal, ebenso Lungen. Auch hier bot der Tumor das Bild reiner T. bei der mikroskopischen Untersuchung dar. Bei beiden Pat. Entfernung der Tumoren mit der kalten Schlinge und dem scharfen Löffel, Einreiben des Grundes mit Milchsäure. Aetiologisch blieb der erste Fall dunkel. Hereditäre Belastung lag nicht vor, die Lungen waren gesund. Vermuthlich lag ein primäres Ergriffensein der Schleimhaut vor, da sich keine Perforation des Septums vorfand. Ob nun die Infection durch den mit Tuberkelbacillen verunreinigten Fingernagel zu Stande kam oder dadurch, dass durch das Bohren mittelst des Fingers nur eine Prädisposition geschaffen wurde und dann durch gelegentliche Inhalation von Tuberkelbacillen erst die specifische Infection erfolgte, muss unentschieden bleiben. Die 2. Pat. hatte sich viel mit der Pflege ihres phthisischen Bruders beschäftigt, hier lag die Sache klarer. Beide Pat. blieben übrigens (auch die 2. Pat. seit 1895) recidivfrei. — Auch zwei primär tuberculöse Larynxtumoren beschreibt Autor. Das eine Mal fand sich bei der 29jähr. Pat. eine kirsch-kerngrosse, gelappte Geschwulst an der Hinterwand des Larynx vor, die ein Zusammenlegen der Stimmbänder bei der Phonation verhinderte, bei der 2. Pat., einem 24 Jahre alten Mädchen, handelte es sich um eine blumenkohlartige Geschwulst auf beiden Stimmbändern und der laryngealen Seite der Epiglottis, durch die die Stimmbänder fast völlig bedeckt wurden. Die Tumoren wurden bei directer Autoskopie (Kirstein) mit der schneidenden Zange entfernt, der Grund geätzt. Die histologische Untersuchung ergab beide Male T. Bei der 2. Pat. zeigte sich nach der Operation am linken Stimmband eine Ulceration, die später zur Vernarbung gelangte. Ueberhaupt fand beide Male andauernde Heilung statt. Der erste Fall, mit lediglich Tumorbildung, stellte das Frühstadium der T. dar, der zweite Fall, mit der specifischen Ulceration, bereits ein späteres.



- **Xeroform bei Kehlkopftuberculose** empfiehlt warm Prof. A. Fasano (Neapel). Die Insufflationen zeigten eclatanten Erfolg. Bei Geschwürsbildung war besonders die schmerz- und blutstillende Wirkung eine erfreuliche. Nach Monate langer Behandlung wurde auch Heilung der Ulcera und Infiltrate erzielt. — Auch bei verschiedenen Ekzemen der Kinder, speciell bei scrophulösen Nasenekzemen, bewährte sich das Mittel gut.

(Archivio internazionale di medicina e chirurgia, 8. August 1897.)

- **Ueber Behandlung der T. in specie Drüsen- und Knochen-tuberculose mit Sapo viridis** in der Allgem. Poliklinik in Basel (unter Prof. Massini) sprach Dr. Gisler. 1878 publicirte zuerst Kappesser einen Fall, wo ein wegen Scabies längere Zeit mit Sapo kalin. behandelter Knabe nicht nur seine Hautkrankheit verlor, sondern auch von allen scrophulösen Erscheinungen befreit worden war; nicht nur K., sondern auch Andere später wandten dann das Mittel bei tuberculösen Affectionen aller Art mit Erfolg an. Gisler verfügt über 115 Fälle mit 32,2 % Misserfolgen, 39,1 % Besserungen und 28,9 % Heilungen. Im Durchschnitt kamen auf einen Ungeheilten 51 Einreibungstage, auf einen Gebesserten 92 und auf einen Geheilten 102. Die Fälle von Knochentuberculose heilten im Durchschnitt rascher, als die der Weichtheilstuberculose; auf erstere kommen 84 Tage, auf letztere 120. Diese Zeit von 120 Tagen sollte eingehalten werden, bevor eine Schmiercur als erfolglos aufgegeben wird. Am längsten wurde einge-  
rieben ein Fall von Fistula colli (über 300 Tage), mehrere Fälle von T. der Drüsen über 200 Tage. Der Verlauf der Cur ist folgender: Hebung des Allgemeinbefindens und Besserung des Appetits, Zurückbildung der Gesamtdrüsenanschwellung, Schmelzung ohne Zerfall (hie und da auch Erweichung und Durchbruch nach aussen), Deutlicherwerden einzelner Drüsenpakete, Zurückbildung von tuberculösen Gelenkschwellungen, Versiegen und Heilung von cariösen Fisteln, Resorption von pleuritischen und peritonitischen Exsudaten, endlich auch in wenig Fällen Zurückbildung von Lungeninfiltrationen. Methodik der Einreibungen: Es wird ein kastaniengrosses Stück Salbe mit etwas lauem Wasser einge-  
rieben, jeden Tag an einer anderen Stelle des Körpers, nach  $\frac{1}{2}$  Stunde wieder Rein-

waschung oder nach 1 Woche Vollbad. Medicament: Sapo virid. oder Sapo kalin. venal., event. auch Schmierseife, hergestellt durch ein thierisches Fett an Stelle des officinellen Ol. lini, z. B. Ol. jecor. aselli; an Stelle der Einreibungen auch event. Priessnitz mit Spirit. saponato-kalin. Wirkungsmodus: Jedenfalls ist der maassgebende Factor die Massage, unterstützt und gefördert durch die Resorption bewirkende Eigenschaft der Schmierseife, sowie namentlich die durch die Einreibungen hervorgerufene Hautreizung und die dadurch erzielten, ganz bestimmten Vorgänge am und im Körper (Beeinflussung der Wärmeregulation und Blutvertheilung, der Athmung, Secretion verschiedener Drüsen und des Stoffwechsels). Obige Resultate mit der Schmiercur wurden erreicht in der Armenpraxis! Die Methode hat auch besonderen Werth für solche Kranke, denen die übrigen Heilfactoren und Curmittel unzugänglich sind.

(Medicin. Gesellschaft der Stadt Basel, 3. Juni 1897. —  
Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1897 No. 20.)

- Einen interessanten Vortrag hielt Oberarzt Dr. S. Unterberger (Zarskoje-Sselo) über Scrophulose, Tuberculose und Phthise und ihre Behandlung in Haussanatorien. Er betonte darin z. B., wie unbegründet die grosse Furcht vor Ansteckung durch den Koch'schen Bacillus ist, da es sich unter Anderem als sicher herausgestellt hat, dass die Einwohner in den alten Schwindsuchtsorten Soden und Rehbürg, welche die Pat. in ihren Wohnungen pflegen, sodass das bacilläre Sputum überall seit Jahrzehnten lagert, doch ein hohes Alter erreichen, und dass T. unter den Eingeborenen eine Seltenheit ist. Weiss man doch auch noch gar nicht die Art der Invasion des Bacillus in den Organismus! Impfung mit Tuberkelbacillen erzeugt wohl Tuberkeleruptionen, aber es gelang bisher nie, fungöse Gelenk- und Knochentuberculose u. s. w. auf diese Weise hervorzurufen. In wenigstens 90 % ist die Annahme berechtigt, dass die sogenannte Disposition zur Scrophulose resp. Tuberculose, welche Processe nach Arnold pathologisch-anatomisch identisch sind, vererbt wird und nach des Autors Meinung (ebenso wie der Liebreich's) bereits den Beginn der Krankheit bildet. Man darf natürlich hierbei nicht an die Koch'sche bacilläre T. denken, sondern nur an

nichtbacilläre, scrophulöse und desgleichen phthisische Processe, die erst durch Hinzutreten von Koch'schen Bacillen zu bacillären Affectionen werden. Ebenso wie diese treten auch andere pathogene Mikroorganismen hinzu, sodass z. B. die Phthise sogar am häufigsten durch eine Mischinfection zu Stande kommt. T. selbst ist einfach eine Constitutionskrankheit, gleich der Haemophilie und Arteriosklerose. Betreffen diese das Gefässsystem, so T. das Lymphsystem; T. ist eine von noch unbekannter Natur spezifische Erkrankung des Lymphsystems, und wie jene Gefässaffectionen auch sich in einzelnen Organen localisiren kann, so auch die T. Der Ausdruck „Tuberculose“ muss für alle Processe gelten, deren anatomisches Substrat der Tuberkel bildet. Letzterer ist eben kein spezifisches Product des Koch'schen Bacillus, sondern er wird auch event. durch andere organische Elemente oder pathologisch-chemische Producte erzeugt, er ist einfach nach Metschnikoff eine Reactionerscheinung des Lymphsystems gegen diese Mikroben und chemischen Substanzen. Zur Entfaltung solcher nichtbacillär-tuberculösen Processe tragen aber am meisten fehlerhafte Nahrung, verdorbene Luft etc. bei. Halten wir diese prophylaktisch ab, führen wir das Gegentheil gegen das Leiden ins Feld, dann machen wir das Lymphsystem kräftig genug, dass es jenen Mikroorganismen gewachsen ist; natürlich müssen wir des Weiteren die Infectionsquelle selbst, die Sputa, zu entfernen suchen. Auf solchen Grundsätzen beruhen die Erfolge jener grossen Sanatorien auf dem Brehmer-Dettweiler'schen Princip; frische Luft, Hautpflege, Fett ansetzende Nahrung, richtige Vertheilung von Arbeit und Ruhe etc., kurz ein zweckmässiges hygienisch-diätetisches Regime, das ist das Geheimniss jener Erfolge. Bedürfen wir aber dazu jener grossen Sanatorien? Nun, die zahlreichen Spontanheilungen von T., die Erfolge in Londoner Spitälern, die mitten in der Riesenstadt liegen, weisen darauf hin, dass wir auf einfachere Weise zum Ziele gelangen können, wenn wir nur jene Grundsätze befolgen. Jedes Spital kann das aber thun, es kann „Haus-Sanatorien“ errichten. Autor hat in seinem Spital ein solches errichtet und sehr bemerkenswerthe Er-

folge erzielt; von 128 Pat. wurden bei 60 (= 46,9 %) Heilungen resp. Besserungen erreicht. Solche Resultate zeitigt die blosse Hospitalbehandlung nicht! Wenn jedes Hospital derartige Haus-Sanatorien errichtete und die dort Behandelten in ihre Heimath Aufklärungen brächten über dieses Regime, wie viel Segen würden daraus entspiessen!

(9. livländ. Aerztetag, 4. Juni 1897. —  
Sep.-Abdr. aus der St. Petersburger medic. Wochenschrift 1897 No. 29.)

- **Betreffs der Ansteckungs- und Verbreitungsweise der Phthise** entwickelt Prof. C. Flügge (Breslau) Ansichten, die den herrschenden recht zuwiderlaufen. Bisher hat man den trockenen Staub der Luft als gefährlichstes Ansteckungsmittel angesehen und getrachtet, das Eintrocknen des entleerten Sputums zu verhüten, womit man sich zufrieden gab. Stützen sich aber diese Anschauungen und Maassnahmen auf zweifelloose Untersuchungsergebnisse und einwandfreie Experimente? fragt Flügge. Das ist durchaus nicht der Fall! Durch nichts ist bewiesen, dass wirklich die Einathmung trockenen Sputumstaubes bei gesunden Menschen Phthise erzeugen kann. Ja, es liegen Versuchsergebnisse vor, welche eine solche Rolle des Staubes eher unwahrscheinlich machen. Auch Flügge hat solche Untersuchungen angestellt. Dieselben zeigten aber auch, dass eine andere Infectionsquelle die eigentliche Gefahr bildet, nämlich die beim Husten verspritzten flüssigen Sputumtheilchen, und zwar hauptsächlich feinste, unsichtbare Elemente, die enorm leicht sind und sich Stunden lang in der Luft halten, bacillenhaltig, wie sie sind, aber in der That zur Verbreitung der T. viel beitragen müssen. Solche feinste, bakterienhaltige Tröpfchen bilden sich — neben relativ groben, schweren, bald zu Boden sinkenden Elementen — nicht nur beim Husten, sondern auch beim Niesen, lautem Sprechen u. s. w. des Phthisikers, schweben lange in der Luft, wo sie von Anderen eingeathmet werden und, wie Thierversuche ergaben, infectiös wirken da, wo trockener Staub dies nicht gethan hatte. Es kommen nun natürlich noch verschiedene Momente in Betracht, welche diese Gefahr erhöhen resp. beseitigen. So husten manche Phthisiker gar nicht oder leise, mit ge-

geschlossenen Lippen, andere laut, mit offenem Munde. Kurzer Aufenthalt in der Nähe des Pat. birgt nur geringe Chancen für Aufnahme der Sputumtröpfchen, die immerhin doch in dem Luftraum sich sehr vertheilen, an Wänden und anderen Flächen allmählig fixirt werden und in Folge dessen sich nicht mit der Zeit häufen, sondern immer wieder frisch producirt werden müssen; dauernder Aufenthalt beim Kranken erhöht die Gefahr, ebenso kann die Luft in Ess- und Lesesälen von Lungensanatorien gefährlich werden etc. Im Grossen und Ganzen erscheint die aus den Sputumtröpfchen resultirende Infectionsgefahr keine überaus grosse zu sein, und vermuthlich hat bei der Anwendung einfacher Vorsichtsmaassregeln und beim Vermeiden rücksichtslosen Hustens Niemand eine Ansteckung durch Sputumtröpfchen beim gelegentlichen Verkehr mit Phthisikern zu fürchten. Für diese Auffassung sprechen auch die Ergebnisse von Experimenten Flüge's, die freilich in ihren genaueren Details erst durch von vielen Seiten anzustellende Prüfungen werden erweitert werden müssen. Es werden dann aber auch unsere prophylaktischen Maassnahmen eine grosse Erleichterung für den Verkehr zwischen Phthisikern und Gesunden zur Folge haben. Denn die Sputumtröpfchen sind stets in relativ kurzer Zeit wieder aus der Luft verschwunden, sie setzen sich ab und trocknen fest an, haben dann ihre Rolle als Luftkeime definitiv ausgespielt und kommen höchstens noch für die jedenfalls seltene Contactinfection in Betracht. Der Pat. hinterlässt somit in dem Raume, den er bewohnt hat, nicht für längere Zeit die Gefahr der Luftinfection. Nach den bisherigen Vorstellungen war es anders. Das entleerte, ausgetrocknete Sputum verblieb, event. in Staubform, in der Wohnung und an den Effecten, konnte noch nach Wochen und Monaten wieder aufgewirbelt werden und von der Luft aus inficiren. Jedes Hotelzimmer war suspect, wenn nur einmal in den letzten Monaten ein Phthisiker dort gewohnt hatte, der sein Sputum auf den Fussboden oder ins Taschentuch entleerte; jedes Eisenbahncoupé, jeder Pferdewagen, die Kleider und Gebrauchsgegenstände der Phthisiker boten die gleiche Gefahr. Es soll damit nicht gesagt sein, dass von dem Zimmer und den Effecten eines Phthisikers gar keine Gefahr mehr ausgeht. Durch Contact,

hier und da vielleicht durch gröbere aufgewirbelte Staubpartikel kann möglicher Weise doch einmal Infection erfolgen, und man wird deshalb von einer Desinfection nicht ganz Abstand nehmen dürfen. Aber die ausserordentlich viel grössere Gefahr lag doch bisher in der Existenz der infectiösen Staubtheilchen in der Luft und in der Aufnahme dieses flüchtigen Contagiums durch Einathmung, und es würde also von grösster Bedeutung sein und ungemein beruhigend wirken müssen, wenn durch weitere Prüfung noch weiter die Ansichten Flügge's bestätigt würden.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 42.)

- Zu dem Capitel **Trauma und T.** liefert Dr. Bergmann (Neumarkt i. Schl.) einen Beitrag. Ein Maurer erlitt einen Unfall, indem ein Balken ihm auf die linke Brustseite fiel. Im Laufe der nächsten Wochen entwickelte sich dann bei dem Manne, der früher stets gesund gewesen war, nie eine Anomalie der Respirationsorgane gezeigt hatte und hereditär nicht belastet war, eine linksseitige Pleuritis mit röthlichem, wässrigem Exsudat, die sich sehr in die Länge zog und dann allmählig in Phthise überging. Diese Diagnose, die schon aus den subjectiven Symptomen und dem Lungenbefund gestellt werden konnte, wurde absolut bekräftigt durch die Untersuchung des Sputums, in dem sich zahlreiche Tuberkelbacillen vorfanden. Dass jene Pleuritis durch das Trauma bedingt war, ist im höchsten Grade wahrscheinlich, da ja erfahrungsgemäss solche Entzündungen häufig entstehen, wenn der Brustkasten eine Quetschung, Stoss, Erschütterung u. s. w. erleidet, auch wenn keine äusserlich sichtbare Verletzung vorhanden ist. Schwieriger war die Frage zu beantworten, ob diese Pleuritis als die Ursache der Phthise anzusehen war. Aber Patient hatte bis zum Unfall nie Zeichen einer Lungenaffection dargeboten, diese zeigten sich vielmehr erst im Anschluss an die Pleuritis, von der ja auch bekannt ist, dass sie sehr oft in der Anamnese von Phthisikern eine Rolle spielt. Aber man könnte einwenden, dass vor dem Auftreten der Pleuritis bereits tuberculöse Herde in der Lunge vorhanden gewesen sein können (latente T.), dass sie, wenn sie auch nicht die alleinige Ursache jener ge-

wesen sein mögen, doch das Zustandekommen derselben begünstigt, namentlich aber die schlechte Qualität des Exsudats verschuldet haben können. Autor ist sogar dieser Ansicht, insbesondere wegen der Beschaffenheit der Ausschwitzung, deren langsamer Resorption und des langdauernden Fiebers, und er glaubt, dass die durch die Verletzung hervorgerufene Pleuritis wegen vorhandener latenter T. zu einem solchen Verlauf gelangte, welch' letzterer wieder ungünstig auf die latente T. wirkte und dieselbe zur schnelleren Entwicklung brachte. So war das Trauma doch ätiologisch für die T. verantwortlich, was Autor auch bei der Berufsgenossenschaft zu Gunsten des gänzlich arbeitsunfähigen Pat. geltend machte. Letzterer erhielt daraufhin die volle Rente.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1897 No. 19.)

- Um über tuberculöse Knochen- und Gelenkleiden nach Trauma sich zu informiren, benützte Dr. G. Wiener 436 derartige Affectionen aus der Mikulicz'schen Klinik (Breslau). Es zeigte sich bei genauerer Prüfung, dass, während allerdings bei 28,6 % der Fälle Trauma als Ursache angegeben worden war, doch nur 6—7 % tatsächlich traumatischen Ursprungs waren, d. h. dass die T. hier wirklich durch eine Verletzung sich entwickelt hatte. Anders lagen aber die Dinge, sobald man die Zusammenstellung für das praktische Gebiet der Unfallgesetzgebung verwerthen will. Hier ist ja die Frage meist so zu stellen: „Ist das Trauma Schuld an der jetzt bestehenden Arbeitsunfähigkeit, resp. Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit des Patienten?“ Hier ist es gleichgültig, ob Pat. etwa zur Zeit des Traumas bereits mit latenter T. behaftet war. Da wir nach pathologischen Befunden annehmen müssen, dass eine latente T. dauernd latent bleiben, ja auch im Stadium der Latenz unvermerkt wieder ausheilen kann, so ist ein Individuum mit latenter T. vom Standpunkte der Unfallgesetzgebung aus als gesund anzusehen. Wird durch ein Trauma die versteckte T. manifest, so kommt das auf dasselbe hinaus, wie wenn ein gesunder Mensch durch ein Trauma tuberculös wird. In diesem Sinne waren 19 % der Fälle auf Trauma zurückzuführen. Für die Fälle von T., in

denen durch ein Trauma eine Verschlimmerung hervorgerufen wurde, lassen sich bestimmte Regeln nicht aufstellen. „In solchen wirklich zweifelhaften Fällen wird man im Interesse der Menschlichkeit sich lieber auf die Seite des ohne seine Rente hilflosen Individuums stellen und bei reiflicher Abwägung der für und gegen traumatische Entstehung einer T. sprechenden Thatsachen sich eher für diese zu erklären haben. Wir sind dazu voll berechtigt in Rücksicht auf den immerhin hohen Procentsatz sicherer traumatischer Tuberculosen.

(Inaug.-Diss. Breslau 1897. — Aertzl. Sachverständigen-Ztg. 1897 No. 19.)

**Tumoren.** Einen Fall multipler Papillome des harten Gaumens und Kehlkopfes beschreibt Dr. M. Freudweiler (Leipzig, dermatologische Universitätsklinik). Im September 1896 wurde das kleine Kind gebracht; es sollte schon seit April 1896 an Halsbeschwerden leiden, gegen die von verschiedenen Aerzten verschriebene Sublimatbäder und Quecksilbereinreibungen wirkungslos geblieben seien. Nach Angabe der Mutter wurde das 5 Jahre alte Kind reif geboren, entwickelte sich gut und blieb, abgesehen von wiederholten Augenentzündungen, gesund. Hereditäre Belastung nach irgend welcher Richtung hin von mütterlicher Seite nicht vorhanden, über den Vater des unehelichen Kindes war nichts zu erfahren. Im Alter von 4 Jahren wurde das Kind heiser, erst wenig, dann nach und nach mehr, bis es nur noch unter grosser Anstrengung lauter sprechen konnte. Nach  $\frac{1}{2}$  Jahre traten in der Nacht Anfälle geringer Athemnoth auf. Die Mutter entdeckte am Gaumen 2 kleine, rothe Knötchen, die langsam bis zur Grösse einer Erbse heranwuchsen, unbeeinflusst durch die erwähnte Therapie. Jetzt Status praesens: Gut genährtes, etwas blasses Kind; Athmung normal, ohne Stridor, ohne inspiratorische Einziehungen; Stimme aber ganz heiser, fast aphonisch, nur starke Anstrengung brachte einen Ton hervor; am harten Gaumen, dicht vor dessen Uebergang in den weichen, ziemlich symmetrisch zu beiden Seiten der Mittellinie, ca. 2 cm von einander entfernt, je eine flach erhabene, ca. 2 mm vorspringende, rundovale Excrescenz, links in der Grösse einer Bohne, rechts erbsengross, beide mit aus flachen Wärrchen sich zusammensetzender, dadurch fein durch-



furchter Oberfläche und von annähernd der Farbe der Umgebung, also ohne entzündliche Röthe, von Epithel überzogen, ohne exulcerirte oder excoriirte Stellen, von weicher Consistenz. Mit einer Sonde gelang es, den hinteren Rand der Excrescenzen vom Gaumen abzuheben, sodass die kleinen T. wie flachgedrückte Trauben an ziemlich dickem Stiele frei in die Mundhöhle hineinhangen; da dabei nicht die geringste Blutung auftrat, auch sonst keine Anzeichen auf eine Verletzung durch die Manipulation hindeuteten und zudem die Excrescenzen beim Schlingact ihre alte Lage wieder einnahmen, so handelte es sich um gestielte T., die der Druck der Zunge an den Gaumen angepresst und so zu flächenhafter Ausbreitung gebracht hatte; makroskopisch glichen sie den am inneren Blatt einer phimotischen Vorhaut sitzenden spitzen Condylomen. Der weiche Gaumen und der Nasenrachenraum waren frei von Tumoren, dagegen lagen zwischen den vollständig reactionslosen Stimmbändern kleine zusammenhängende Wärzchen, durch welche die Glottis in ihrem ventralen Theile verlegt wurde. Entfernung der beiden T. am Gaumen mit dem Finger. Die Ansatzstellen zeigten keine Infiltration oder sonst etwas Besonderes, und nach ganz geringer Blutung heilten die Defecte aus, ohne grössere Narben oder Einziehungen. Zunehmende Beschwerden machten bald auch die Entfernung der Kehlkopftumoren nothwendig. Tracheotomie (Spaltung des Kehlkopfes war nicht erforderlich, da es sich zeigte, dass der wohl kirschkerngrosse, papillomatöse Tumor rechts, dicht unterhalb des Stimmbandes, mit breitem Stiele von der seitlichen und hinteren Trachealwand entsprang und nur nach oben in die Glottis hinein umgeschlagen war). Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose: es fand sich ein dem spitzen Condylom im Baue sehr ähnliches Papillom, und es handelte sich hier, wie im Gaumen, um ein rein locales Leiden. Man muss event. an diese harmlosen T. denken und die Pat. nicht mit spec. Curen etc. quälen!

(Wiener klin. Wochenschrift 1897 No. 33.)

- Einen seltenen Fall regionärer Atheromcystenbildung (*Moluscum atheromatosum Kaposi*) an der Scrotalhaut beschreibt Dr. N. Ostermayer (Budapest). Der 31jäh-

rige Pat., früher stets gesund, nie venerisch inficirt, auch ohne jede pathologische Veränderung am Hodensack, hat seit 6 Jahren Geschwülste an letzterem, ohne dass dieselben jedoch irgend welche Beschwerden verursachten. Jetzt ist die ganze Scrotalhaut besetzt mit zahlreichen, dicht wie die Beeren einer Traube angeordneten, haselnuss- bis stecknadelkopfgrossen, kugeligen, weisslich-gelben, fettartig durchscheinenden, derb elastischen T., deren Hautüberzug bis aufs Aeusserste verdünnt, gespannt und so durchsichtig erscheint, dass die gelbe Farbe des Inhalts der cystösen Neubildungen sehr deutlich dem Auge imponirt. Die grössten Tumoren sitzen an der Vorder- und Unterseite, in parallelen Linien zu beiden Seiten der Raphe angeordnet. In Chloroformnarkose Excision der grösseren Knoten, Zerstörung der kleineren mit dem Paquelin. Das Mikroskop zeigte typische Atheromcysten.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis 1897, Bd. XXXIX, Heft 3.)

- **Einen Fall von Xanthoma tuberosum diabeticum** beobachtete Dr. G. Töpfer (Wien). Der 42jährige, früher ganz gesunde Pat. bemerkte seit 10 Jahren das Auftreten kleiner T. zuerst an den Streckseiten der oberen Extremitäten, später am Nacken, am Gesäss und an den Streckseiten der Unterextremitäten. Der Zustand ist seit etwa 3 Jahren stationär, nur einzelne Geschwülstchen haben sich unter Zurücklassung narbiger Depressionen und Pigmentirung zurückgebildet. Die T. sind linsen- bis haselnussgross, theils glatt, theils eigenthümlich brombeerartig gefeldert, in der Peripherie hellroth verfärbt, gegen das Centrum hin deutlich fettgelb. Zwischen den dicht gedrängt stehenden, zum Theil confluirenden Geschwülstchen sind linsengrosse, narbige Depressionen mit einem peripheren, unregelmässig begrenzten Pigmenthofe erkennbar. Die grössten und zahlreichsten T. befinden sich an den Ellenbogengelenken. Harnmenge in 24 Stunden 1260 gr, spec. Gewicht 1031, Farbe weingelblich, Reaction sauer, Eiweiss ca. 0,067 %, Zucker 5 %, kein Aceton, keine Acetessigsäure, im Sediment spärliche Leukocyten, einzelne Blasenepithelien; klinisch keine diabetischen Symptome, weder Polydipsie, noch Buli-

mie, noch Polyurie. Während einer 6wöchentlichen Cur in Karlsbad, wobei weniger auf antidiabetische, als antiuratische Diät Gewicht gelegt wurde (Beschränkung der Eiweisskost, reichlich Pflanzenkost!) trat auffallend rasch Involution der Xanthomknoten ein, die nachher noch weitere Fortschritte machte.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis 1897 Bd. XL, Heft 1.)

**Variola.** Ichthyol bei V. empfiehlt J. Kolbassenko auf Grund seiner Erfahrungen. Vom Beginn der Pockeneruption bis zur vollendeten Abstossung der Krusten und Borken bepinselt Autor die befallenen Theile, in schweren Fällen mit sehr reichlicher Eruption die ganze Körperoberfläche 3 Mal täglich mit:

Rp.

*Ichthyol. 10,0*  
*Ol. amygd. dulc. 60,0*  
*Lanolin. 20,0.*  
 M. f. ung.

Es fehlen dann Jucken und Schmerzen im Stadium eruptionis und suppurationis vollständig oder fast ganz, bei der Entwicklung der Pusteln steigt das Fieber nicht so colossal, die Suppuration selbst wird sehr eingeschränkt, Abscesse und Phlegmonen kommen nicht vor, das Exsiccationsstadium dauert nur 3—4 Tage. Dabei sind die Bepinselungen, selbst solche bei Kindern an der ganzen Körperoberfläche, durchaus unschädlich.

(Wratsch 1897 No. 13. —

Litteratur-Beilage zur St. Petersburger med. Wochenschrift 1897 No. 8.)

**Vitia cordis.** Zwei Fälle von Aorteninsufficienz traumatischen Ursprungs lernte Ch. Kantorowitz kennen (vgl. Universitäts-Poliklinik in Berlin). Besonders wichtig ist der eine Fall, wo kurz vor dem Unfall das Herz genau untersucht und gesund befunden worden war, und wo sich das Krankheitsbild direct unter den Augen von Aerzten entwickelte, sodass kaum ein Zweifel darüber bestehen kann, dass der Herzfehler wirklich Folge des Traumas war. Ein 11jähriger Knabe wurde im 8. Jahre von einem Fuhrwerk an den Beinen überfahren und besuchte öfters die Poliklinik. Im Jahre 1895.

kurz vor dem erlittenen, gleich zu besprechenden 2. Unfalle, wurde Patient aufs Genaueste untersucht, wobei das Herz sich als vollkommen gesund erwies. Im Mai 1895 wurde der Pat. von einem Fahrrad überfahren, das ihm über die Brust ging. Er wurde fast bewusstlos nach Hause gebracht und nach einigen Tagen kam er in die Poliklinik. Der blasse, dyspnoische Pat. klagte über heftige Schmerzen in der Praecordialgegend. Bei der Palpation fand sich keine abnorme Erschütterung in der Herzgegend, bei der Auscultation pleuritische Reiben und normale Herztöne. 2 Tage darauf Pleuraerguss nachweisbar. Nach einigen Tagen stellte sich ferner epigastrische Pulsation ein, und vor Allem fiel der sehr verstärkte und nach links dislocirte Spitzenstoss auf, der im 6. Intercostralum ausserhalb der linken Mammillarlinie sichtbar war, und ein lautes, blasendes, diastolisches Geräusch, besonders in der oberen Hälfte des Sternums. Das pleuritische Reiben und der Pleuraerguss verschwanden nach einigen Wochen unter zweckmässiger Behandlung, doch blieb die ausgebildete Aorteninsufficienz bestehen. — Im Juli 1896 folgender Status: Pat. ist blass, anämisch, von zartem Knochenbau und schlechtem Ernährungszustand, sehr abgemagert und athmet schwer. Er giebt an, nicht laufen zu können. Spitzenstoss sehr verstärkt, nach links unten dislocirt (6. Intercostralum) und stark hehend. Ueber der ganzen linken Seite, vom 2. Intercostralum bis zum 6. herab, überaus lebhafte Pulsationen sichtbar. Die mittleren Gefässe bis zur Cubitalis zeigen deutlich sichtbare Pulsationen und systolischen Ton. Puls hüpfend, schnellend. Die Percussion ergibt oben normale Grenzen, links 1 Finger breit über die linke Mammillarlinie hinaus; die rechte Grenze reicht bis zur Mitte des Sternums. Die Auscultation ergibt ein leises, diastolisches Geräusch an der Herzspitze und einen normalen systolischen Ton; ein lautes, diastolisches Geräusch über dem Sternum. Urin spärlich, aber frei von Eiweiss und Zucker. Seit dieser Zeit verschlimmerte sich der Zustand, besonders seit Januar 1897; Pat. wird immer anämischer und zeigt mehr und mehr Zeichen gestörter Compensation, die Athembeschwerden werden heftiger, Asthma cardiale, Ohnmachtsanfälle treten auf. — Der 2. Fall betraf einen 48jährigen, vorher gesunden Arbeiter (allerdings Alkoholiker!), der

bis zum Unfall (Fall in einen Keller, Schlag auf Kopf und Seite) die schwersten Arbeiten ausführte, nachher aber allmählig mit Herzbeschwerden erkrankte und später bei der Untersuchung Aorteninsuffizienz aufwies. — Auch einen Fall von Perikarditis nach Trauma beschreibt Autor. Dem 3 $\frac{1}{4}$  Jahre alten Kinde fiel eine eiserne Bettstelle auf die Brust, worauf sich erst trockene Perikarditis, dann exsudative neben einem pleuritischen Ergüsse entwickelte. Erst nach acht Wochen trat vollständige Heilung ein.

(Inaug.-Dissert. Berlin 1897. — Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1897 No. 19.)

- Einen Fall von traumatischer Ruptur der Mitralis hatte Dr. F. Schmey (Beuthen, O.-S.) zu beobachten Gelegenheit. Ein 25jähriger früherer Grubenarbeiter (er war vor Antritt in diese Stellung ärztlich untersucht und für gesund befunden worden) trat am 11. October 1894 beim Militär ein (also abermalige ärztliche Untersuchung!) und diente 6 Wochen. Dann aber verspürte er eines Tages beim Turnen am Querbaum, als er da, mit beiden Händen hängend, mit aller Kraft seinen Körper in die Höhe ziehen wollte, einen plötzlichen Schmerz in der linken Brust, wurde dann 4 Wochen lang behandelt und am 28. December 1894 als dienstunbrauchbar entlassen. Pat., der früher nie an Gelenkrheumatismus gelitten oder sonstwie krank gewesen, auch jetzt frisch und kräftig aussieht, leidet an Athemnoth und Herzklopfen bei jeder einigermaassen anstrengenden Arbeit, objectiv ist deutliches Schnurren und sehr starkes und rauhes systolisches Geräusch an der Herzspitze wahrnehmbar. Pat. wurde bisher an Herzneurose behandelt, Autor aber ist überzeugt, es handele sich um traumatische Zerreissung der Papillarmuskeln, resp. Sehnenfäden der Mitralklappe, zumal die Beschwerden direct im Anschluss an jene turnerische Uebung auftraten.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1897 No. 84.)

---

## Vermischtes.

---

- Zur Verordnung von Höllenstein mit Cocaïn macht Dr. Edm. Saalfeld (Berlin) folgende Mittheilung: „Um eine Höllensteinapplication an einer empfindlichen Stelle weniger schmerzhaft zu machen, kann man sich des allgemein bräuchlichen Cocain. muriat. nicht bedienen, da dasselbe mit Silbernitrat einen unlöslichen Niederschlag von Chlorsilber giebt. Um diesem Uebelstand abzuhelpen, benütze ich in entsprechenden Fällen (besonders bei Guyon'schen Instillationen) statt des salzsauren Cocains das Cocain. nitric. Der Umstand, dass das letztere Präparat in ärztlichen Kreisen wenig bekannt zu sein scheint, veranlasst mich zu dieser Mittheilung.“

(Therap. Monatshefte 1897 No. 9.)

- Ueber unangenehme Nebenwirkungen des Airols schreibt Dr. M. Goldfarb (Lodz): „Fast in allen dem Airol gewidmeten Artikeln spricht man von der vollständigen Reizlosigkeit desselben. Leider kann ich das nicht bestätigen, da ich einige Male, bei der Behandlung der Ulcera molliä, Reizerscheinungen zu sehen Gelegenheit hatte und in 2 unlängst von mir behandelten Fällen es sogar zur Bildung von mit seröser Flüssigkeit gefüllten Blasen, wie wir sie bei Verbrennungen II. Grades finden, gekommen ist. In beiden Fällen habe ich das Airol in Pulverform angewendet, darüber eine dünne Watteschicht gelegt und das Ganze mit dem Praeputium bedeckt. Bei den Kranken habe ich das Airolpulver am Abend eingestreut, wobei ich ihnen sagte, dass sie ganz ruhig sein können, da das Pulver absolut schmerzlos. Aber schon ganz früh am anderen Morgen kamen sie zu mir gelaufen, und die erste Frage, die sie an mich, wie auf Verabredung, richteten, war, ob ich nicht aus Versehen die Medicina vertauscht habo, da sie die ganze Nacht

vor Schmerzen nicht schlafen konnten. Auf die weitere Behandlung mit Airol musste ich in diesen Fällen selbstverständlich verzichten und die Brandblasen zuerst zur Heilung bringen.“

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1897 Bd. XXV No. 5.)

- **Sanose, ein neues Eiweisspräparat** (chem. Fabrik auf Actien, vorm. E. Schering, Berlin), wurde von Dr. Schreiber und Dr. Waldvogel (Göttingen, medicin. Klinik) einer Prüfung unterzogen, die zu recht befriedigenden Ergebnissen führte. Sanose, ein weisses, geruch- und geschmackloses Pulver, ist ein Gemisch von 80 % Casein und 20 % Albumose. Dieses Gemisch hat besondere, physiologisch begründete Vortheile, die Zusammensetzung erinnert an Frauenmilch; wenn man Sanose mit Wasser mischt, entsteht auch eine milchähnliche Flüssigkeit, die aber nicht sonderlich schmeckt. Nicht geschmeckt wurde das Präparat dagegen in Milch und Cacao (20 bis 50 gr auf  $\frac{1}{2}$  Liter Milch), in Leguminosensuppen (5 gr auf 1 Teller), in Knorr'schen Suppenmehlen, und wurde so ohne Widerwillen lange Zeit hindurch genommen. Die Autoren suchten aber auch Sanose mit anderen Nährstoffen in leicht verdaulicher Form zusammenzubringen. Von sehr angenehmem Geschmack ist die Combination von Sanose und Nutrol, das bekanntlich Maltose, Dextrin und andere leicht verdauliche Kohlehydrate enthält, daneben auch Pepsin und Salzsäure, welch' letztere die Verdauung des Caseins noch unterstützen würden. Für den gewöhnlichen Haushalt eignet sich die Sanose, als stark eiweisshaltiges Präparat, z. B. als Zusatz zu allen den Speisen, die mit Mehl zubereitet werden. Ferner als Zusatz zu Brod, dessen Eiweissgehalt bedeutend steigernd; so erhielt man ein schmackhaftes Brod durch Zusatz von 10 % Sanose, sehr geeignet für Pat., die Widerwillen gegen Fleisch haben, oder bei denen der Genuss desselben eingeschränkt werden muss, wie z. B. bei Nephritis, harnsaurer Diathese, Diabetes. Sehr gern genommen wurden auch Cakes mit 20 % Sanose (Th. Hildebrandt & Sohn, Berlin). Trotz längerer Darreichung von Sanose traten nie Durchfälle auf, auch bei Pat., die sonst dazu neigten, z. B. Phthisikern. Endlich ist der Preis des Präparats ein mässiger.

(Therap. Beilage zur Deutschen medic. Wochenschrift 1897 No. 9.)

- In einer Broschüre „**Operationslose Behandlung und Heilung von Lupus und äusserem Krebs**“ (Bremen 1894, G. A. v. Halem) führt Dr. Standtke (Bremen) eine Reihe von Fällen in Wort und Bild vor, die allerdings, obwohl es sich um ein Geheimmittel handelt, geeignet ist, die Aerzte zu interessiren. Durch einen in Amerika lebenden Kollegen erhielt Autor vor drei Jahren eine specifische Heilpaste, mit der er 62 Lupus- und 12 Krebs-erkrankungen höchst erfolgreich behandelte, wie Krankengeschichten und Abbildungen zeigen. Autor ist bereit, Kollegen seine Pat. vorzustellen und zu Versuchen ein Quantum der Paste zu überlassen, event. ihm zugesandte mittellose Patienten kostenlos in seinem Sanatorium zu behandeln.

Die Redaction.

- Dem **Bottini'schen Incisor**, mit dem Dr. Freudenberg (Berlin) jetzt bereits 15 Mal bei Prostatahypertrophie erfolgreich galvanokaustisch operirt hat (cf. auch Excerpta VI. S. 479), haften doch, wie Autor nach und nach bemerkte, einzelne Mängel an, die einer Abhülfe bedürften. Freudenberg brachte daher an dem Instrumente verschiedene Modificationen an, so liess er einen handfesten Griff anbringen, dessen Heisswerden er ausserdem zweckmässig verhinderte, das Glühmesser, früher aus Platin, liess er durch das härtere Platin-Iridium ersetzen, auch die elektrische Leitung und Contacte wurden verbessert und noch andere wesentliche Punkte berücksichtigt, sodass das Instrument an Handlichkeit und Sicherheit zweifellos viel gewonnen hat. Dazu kommt, dass der modificirte Incisor (zu haben bei Kiss, Berlin SW., Königgrätzerstr. 85) nicht nur in antiseptische Lösungen gelegt, sondern auch in toto ausgekocht werden kann, ein ganz bedeutender Vorzug vor dem ursprünglichen Instrument.

(Centralblatt f. Chirurgie 1897 No. 29.)

- Ueber **Aspiration von Mageninhalt durch künstliche Athmung** lässt sich Brosch (Wien) aus, im Anschluss an eine eigene Beobachtung. Ein 22jähriger Diphtherie-Reconvalescent fiel plötzlich um, ein Arzt machte längere Zeit Versuche mit künstlicher Athmung, ohne Erfolg. Bei der Obduction erwies sich die Luftröhre bis



hinauf zum Larynx von einer Speisereste enthaltenden Flüssigkeit erfüllt; die Massen setzten sich in die Bronchien fort und konnten noch in den feinsten Verzweigungen der Bronchialäste nachgewiesen werden. Autor warf im Anschluss an diesen Fall natürlich die Frage auf, ob es möglich ist, durch die Manipulation der künstlichen Athmung Mageninhalt aus dem Magen herauszupressen und in die Luftwege hineinzu-befördern. Diesbezügliche Versuche erwiesen diese Möglichkeit ganz offenbar, ja zur Aspiration von Mageninhalt dabei ist nicht einmal eine complete Magenfüllung erforderlich. Die vielen Misserfolge der künstlichen Athmung sind vielleicht zum grossen Theile diesem Umstand zuzuschreiben, die künstliche Athmung ist sogar geradezu ein sehr zweifelhaftes Rettungsmittel, wenn es nicht gelingt, das Eindringen von Mageninhalt in die Luftwege zu verhüten. Dies könnte man sicher durch vorausgeschickte Tracheotomie; diese lässt sich freilich oft aus verschiedenen Gründen nicht ausführen. Aber Autor fand noch ein anderes, sicheres Mittel: die Einführung eines elastischen Schlauches in den Oesophagus vor Beginn der künstlichen Respiration. Das Verfahren erwies sich bei Versuchen als durchaus sicher, doch müssen drei Bedingungen dabei erfüllt werden:

1. der Schlauch muss eine ziemlich steife Wandung haben, damit er nicht platt zusammengedrückt werden kann, und so Mageninhalt daneben aufsteigt;
2. der Schlauch soll wenigstens 10 cm aus dem Munde hervorragen und das Ende so beschwert sein, dass es nach abwärts sinkt, damit nicht aus dem Schlauchende etwa heraustretender Mageninhalt in die Rachenhöhle zurückfliesst;
3. der Schlauch muss, wenn er nicht bis in den Magen reicht, mindestens bis 15 cm abwärts vom Kehlkopfeingang reichen.

Die Anwendung des Schlauches ist aber auch sonst noch sehr zweckmässig: die Passage für ein- und ausströmende Luft wird durch ihn freigehalten und ein Zurücksinken der Zunge verhindert, die sonst ein Assistent halten musste.

- **Einen automatischen Mundsperrerr** empfiehlt Prof. Bruns. Der Apparat (Beuerle in Tübingen, Preis: M. 15) hat sich ihm seit einem Jahre sehr gut bewährt. Sobald der Pat. die Kiefer weiter voneinander entfernt, öffnet der eingelegte Mundspiegel sich sofort von selbst weiter, während das Schliessen desselben durch eine selbstthätige Sperrfeder verhindert wird.

(Beiträge z. klin. Chirurgie, Bd. XIX, Heft 1.)



## Bücherschau.

---

— Neujahr rückt heran, mit ihm die **Medicinal-Kalender**. Heute liegen uns bereits drei derselben vor. Das ist der von Prof. Eulenburg und Dr. Julius Schwalbe herausgegebene **Reichs-Medicinal-Kalender** (Verlag von Georg Thieme, Leipzig), dessen 1. Theil erschienen ist, während Theil 2 erst später nachfolgt. Der weit verbreitete und allbeliebte Kalender, der neben Allem, was in derartigen Kalendern gewöhnlich zu finden ist, noch eine Anzahl sehr lesenswerther Abhandlungen und Notizen, z. B. von Liebreich, Guttstadt, Laehr, Schwalbe enthält, die dem Praktiker im Augenblick nicht Gegenwärtiges ins Gedächtniss zurückrufen, wird sich sicher wieder neue Freunde erwerben. Nicht auf ein solch' hohes Alter kann der bei O. Coblentz (Berlin) seit einigen Jahren erscheinende **Medicinal-Kalender** von Dr. H. Lohnstein zurücksehen, aber auch er erfreut sich, wie uns bekannt ist, grosser Beliebtheit wegen seiner zweckmässigen Anlage und der Reichhaltigkeit seines Inhalts. Artikel wie die Anleitung zur Untersuchung mit Röntgenstrahlen von Levy Dorn, Localtherapie gynäkologischer Erkrankungen von Lehmann etc. werden gewiss jedem Praktiker hochwillkommen sein. Endlich sei des **Medicinal-Kalenders** Erwähnung gethan, der bei Urban & Schwarzenberg (Wien) heuer im 21. Jahrgang erscheint. Auch dieser bietet ausser einem recht geräumigen Kalendarium dem Arzt eine Fülle von textlichem Material, unter dem z. B. eine sehr reichhaltige Receptsammlung, alphabetisch nach Krankheiten geordnet, sich befindet.

— Das im Verlage von Carl Sallmann (Basel und Leipzig) erschienene „**Taschenbuch der Harnanalyse**“ von S.-R. Dr. Fürst wird den praktischen Aerzten und im Besonderen denen, welche mit Lebensversicherungsuntersuchungen zu thun haben, gewiss sehr willkommen sein. Es wird ihm die Wahl und Ausführung bewährter Methoden der Harnuntersuchung erleichtern, ihn im spe-

ciellen Falle schnell wieder über das und jenes orientiren, und andererseits auch den Lebensversicherungs-Gesellschaften diejenigen Gesichtspunkte bieten, auf die es ankommt: Einfachheit und Zuverlässigkeit. Autor hat vor Allem dem praktischen Bedürfniss Rechnung getragen und seine präzisen, klaren Angaben noch durch 20 Abbildungen illustriert.

— Seit Kurzem erscheinen bei Leopold Voss (Hamburg) die „**Mittheilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten**“ unter Redaction von Prof. Rumpf. Die zwanglosen Hefte enthalten den wissenschaftlichen Theil der „Jahrbücher“, der von letzteren jetzt deshalb getrennt worden ist, weil früher Manches, ehe es erschien, bereits etwas veraltet war. Die neue Einrichtung wird zweifellos zur weiteren Verbreitung von Arbeiten viel beitragen, die, wie die vorliegenden ersten 3 Hefte (Preis: M. 4,—, M. 4,50, M. 10,—) zeigen, zum grössten Theil es in hohem Grade verdienen, von den praktischen Aerzten gelesen zu werden. In den ersten 3 Heften sind nahe an 40 kleinere oder grössere Arbeiten, zum Theil mit Abbildungen im Text und Tafeln versehen, zum Abdruck gelangt, darunter viele ganz hervorragende Arbeiten, die viel interessantes Material zur Grundlage haben und eine werthvolle Bereicherung unserer Litteratur darstellen. Die „Mittheilungen“ können zum Studium warm empfohlen werden.

— Von der **Encyklopädie der Therapie**, herausgegeben von Prof. O. Liebreich (Verlag von Aug. Hirschwald in Berlin) ist die 1. Lieferung von Abtheilung II des 2. Bandes erschienen, welche bis zum Artikel „Glykokoll“ führt. Die Vorzüge dieses unter Mitwirkung hervorragender Fachautoritäten edirten Sammelwerkes treten auch in diesem Hefte klar zu Tage.



Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N. 4.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. exkl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge  
aus der gesamten Fachliteratur  
zum Gebrauch für den praktischen Arzt.  
*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*  
Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*Januar*

*VII. Jahrgang*

*1898*

---

**D**ie früher erschienenen sechs Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen!

---

**Anaesthesie, Narkose.** Zur Schleich'schen Infiltrations-  
**anaesthesie** macht Dr. Krecke (München) bemerkenswerthe  
Notizen. Die Herstellung der Lösungen nimmt er jetzt  
immer so vor, dass er zu 50 ccm gekochten Aq. dest. die  
entsprechende Menge des Schleich'schen Kochsalzcocain-  
morphiumpulvers hinzufügt. Bei dem am häufigsten zu  
verwendenden Pulver II erhält man auf diese Weise gerade  
die Maximaldosis (0,05), über die hinaus die Lösung III  
zu verwenden ist. Diese Art der Herstellung verbürgt eine  
absolute Keimfreiheit der Lösungen, die bei auf  
Vorrath hergestellten, grösseren Mengen doch nicht sicher  
vorhanden ist. Um den 1. Nadelstich schmerzlos zu  
machen, lässt Schleich die Haut mittelst Aufstäubung  
von Aether oder Aethylchlorid vorher gefrieren. Krecke  
hat die Erfahrung gemacht, dass diese Bestäubung den  
Pat. oft unangenehmer ist, als der 1. Einstich selbst

und ist daher von ersterer jetzt ganz abgekommen; man muss nur den Pat. in aller Ruhe vorher darauf aufmerksam machen, dass ein kleiner Stich erfolgt, und dass mit demselben der ganze Schmerz überwunden ist, so wird man im Allgemeinen keinen Schwierigkeiten begegnen. Noch unangenehmer und schmerzhafter, als der 1. Einstich, wird oft die Infiltration selbst empfunden; auch an nicht entzündeten Theilen sogar und an Körperstellen, die ein lockeres Gewebe besitzen, klagen die Pat. bisweilen über so schmerzhaft empfindungen, dass man sich fragen muss, ob nicht ohne alle Anaesthesia die Sache besser gegangen wäre. Viel lästiger ist der Infiltrationsschmerz häufig an entzündeten Parthieen, Panaritien, Furunkeln, Phlegmonen, sodass Autor sich hier jetzt stets der Aethylchloridbestäubung oder der Bromäthyl-narkose bedient. Autor ist überhaupt ein grosser Freund der letzteren, die bei Incisionen, Ausschabungen, Zahnextraktionen sehr empfehlenswerth ist; bei Verwendung von nicht mehr als 10 gr. Bromäthyl ist dieses vollkommen gefahrlos, die Narkose tritt ausserordentlich rasch ein und ist nach 3—5 Minuten abgelaufen, ohne irgendwelche Folgeerscheinungen zu hinterlassen. Ungemein sicher wirkt ja die Schleimsche Methode, doch gehört dazu grosse Erfahrung, um alle Schwierigkeiten zu überwinden. Jedenfalls versuche es der Anfänger zunächst nur mit nicht entzündlichen Geweben und später erst mit solchen. Die Oedemisirung der tieferen Lagen kann man schon vor Ausführung des Hautschnittes durch die infiltrirte Cutis hindurch vornehmen, wenn das irgendwie möglich ist; ist die Haut einmal durchtrennt, so gelingt dies viel schwerer, da ein grosser Theil der Injectionsflüssigkeit von der Schnittfläche wieder abfliesst und man bei weiteren Incisionen sehr vorsichtig sich weitertasten muss, indem man häufig auf Theile gelangt, die noch nicht anaesthetisch sind und erst wieder infiltrirt werden müssen. Bei den Manipulationen an tieferen Theilen sieht Schleich einen grossen Vortheil der Infiltration darin, dass dieselbe eine viel genauere Differenzirung der einzelnen Schichten gestattet. Nach Krecke's Erfahrungen ist dies sehr oft nicht der Fall. Zunächst erschwert die bedeutende Anschwellung des subcutanen Gewebes häufig in recht unangenehmer Weise das Urtheil darüber, wie weit man

schon in die Tiefe gedrungen ist. Die grössten Schwierigkeiten bietet die Exstirpation kleiner Lymphdrüsen, die ja oft unter dem Schnitt leicht ent-schlüpfen; ist das ganze Hautgebiet über der Drüse prall infiltrirt, so kostet es oft ausserordentliche Mühe, den kleinen Tumor in dem derben Gewebe wieder aufzufinden. Auch die Unterscheidung verschiedener Gewebs-schichten wird durch die Aufschwemmung mit Flüssigkeit bisweilen nicht erleichtert, sondern erschwert; so z. B. bei Operationen von tuberculösen Affectionen, Fistelgängen, Granulations-herden, die in toto ganz im Gesunden auszurotten sind. Die Infiltration verwischt entschieden die Grenze zwischen Gesundem und Krankem, sodass man oft im Gesunden zu operiren glaubt und plötzlich in den Fistel-gang oder in die Abscesshöhle hineinfällt. Also Schwierig-keiten hat die Methode, wer aber sie beherrscht, der wird ihr begeisterter Anhänger und verzeichnet die schönsten Erfolge. Ein recht zweckmässiges Object für die ersten Versuche sind Fremdkörper und kleine Tumoren (Atherome, Lipome, Ganglien, Fibrome, kleine Carcinome), die mit absoluter Sicherheit völlig schmerzlos zu beseitigen sind. Bei Carcinomen mit Drüsenaus-räumung operirt Autor aber mit allgemeiner Narkose, da man hier die palpirenden Finger nicht entbehren kann und bei der Aufschwemmung des Gewebes gar zu leicht kleinere Drüsen übersieht; desgleichen bei tuberculösen Drüsen. Der grösste Tumor, den Autor mit Hülfe der Localanaesthesia entfernt hat, war ein über mannskopfgrosses Lipom am Oberschenkel. Einen colossalen Vortheil bietet die Methode auch bei der Phimosenoperation, wo auch bei kleinen Kindern sicher und schmerzlos operirt werden kann. Auch die Radical-behandlung des Lupus ist durch sie sehr erleichtert. Die Epidermisläppchen zur Transplantation unter In-filtrationsanaesthesia zu entnehmen, hat Autor noch nicht gewagt, da er fürchtet, dass die Lebensfähigkeit der Läpp-chen durch die Aufschwemmung Schaden leiden könnte. Die Operation des eingewachsenen Nagels gelang 2 Mal nach einfacher Infiltration. Sehr gut ist dieselbe bei der Wundnaht, recht empfehlenswerth namentlich für die secundäre Naht. Nach ausgedehnten Geschwulst-exstirpationen, nach Resection tuberculöser Gelenke u. A.

pfllegt Autor die Wundhöhle für zwei Tage zu tamponiren und dann unter Infiltration zu nähen; ebenso ist es jetzt auch viel bequemer, grosse granulirende Wunden, wie sie nach Verletzungen, Phlegmonen zurückbleiben, sobald die Wundfläche gereinigt ist, unter Schleich anzufrischen und zu vereinigen. Plastische Operationen lassen sich ebenfalls unter Schleich gut ausführen. Autor hat die Deckung des Unterlippendefects nach Exstirpation eines Carcinoms so gemacht, er hat mehrfach Hasenscharten operirt. Sehr nützlich ist die Infiltrationsanaesthesie bei der Tracheotomie, wo sie eine colossale Erleichterung für den Operateur bedeutet; das jüngste so tracheotomirte Kind war vier Jahre alt. Auch bei der Urethrotomie, Herniotomie und bei noch grösseren Eingriffen, z. B. Laparotomie hat Autor die Schleich'sche Methode mit Glück angewandt, und er kommt zu folgenden Schlüssen:

Die Schleich'sche Anaesthesie ist zweifellos berufen, die allgemeine Narkose in sehr vielen Fällen zu verdrängen.

Sie wird ihr hauptsächlich Anwendungsgebiet bei allen solchen Operationen haben, wo es sich um die Trennung von Geweben handelt, die weder durch acute, noch chronische Entzündungsvorgänge verändert sind, vom einfachen Hautschnitt bis zur Trennung des carcinomatösen Pylorus.

Ueberall da, wo acute Entzündungserscheinungen oder chronische Verdickungen der Gewebe bestehen, stösst die Infiltration häufig auf, hauptsächlich durch die Schmerzhaftigkeit der Injectionen bedingte, grosse Schwierigkeiten und wird besser durch andere Methoden der örtlichen Anaesthesie oder durch die allgemeine Narkose ersetzt.

Die topographische Orientirung wird durch die starke Oedemisirung der Gewebe oft in erheblicher Weise erschwert. Zur Exstirpation von tuberculösen Herden ist die Infiltration, da sie die Grenze zwischen Gesundem und Krankem verwischt, nicht geeignet. —

Dr. H. Reinhold jun. (Lauf), der dasselbe Thema behandelt, führt dasselbe in ähnlicher Weise aus. Auch er hält die Methode für sehr nützlich, aber auch im Anfang für recht schwierig, während derjenige, der das Schleich'sche Buch genau studirt und dann selbst noch



Erfahrungen gesammelt hat, ein sehr leichtes und schönes Operiren hat. Er empfiehlt für die Schleich'schen Lösungen seit über 1 Jahr die von Mehler angegebenen Sterilisationsapparate (Bergler in Georgsgemünd). Diese sterilisirten Lösungen sind durchaus wirksam und halten sich Monate lang steril. Unendlich wichtig für das Gelingen ist der Zustand der Nadeln und Spritzen. Autor bedient sich dreier Spritzen von 2,5—5,0—10,0 ccm Inhalt mit Hartgummifassung und Lederkolben und hat bisher an diesen mit Alkohol gereinigten und in Lysollösung aufbewahrten, täglich durchgespritzten Spritzen nichts Nachtheiliges gesehen. Allerdings selbst diese neue Mehler'sche Spritze, so sehr sie einen Vorthail bedeutet, kann häufiges Kochen nicht gut vertragen, indem die Dichtigkeit des Kolbens, auf die es gerade so sehr ankommt, leidet; wenn man also vorher eine eitrige Sache gespritzt hat und dann dieselbe Spritze zu einer Operation verwendet, bei der die Asepsis unbedingt gewährleistet sein muss, so ist das immerhin eine risquante Sache, weshalb Autor auch z. B. Laparotomien nicht unter Schleich zu machen wagt. Ausgezeichnet ist die Methode bei frischen Verletzungen, wo man unter Schleich alle Buchten verfolgen und desinficiren, alles Krankhafte wegschneiden und gut die Wunde nähen kann, was besonders bei betrunkenen Verletzten als colossale Wohlthat empfunden wird. Auch Resectionen und Exarticulationen von Fingern und Zehen eignen sich vorzüglich dazu. Einmal exarticulirte Autor einem Arbeiter eine Zehe ohne alle Assistenz; Pat. hielt selbst mit scharfen Häkchen die Wunde auseinander. Zu betonen ist, dass man dabei so gut wie unter Blutleere operirt. An Panaritien, Furunkel u. s. w. freilich darf sich nur der Geübtere wagen, während z. B. Entfernung von Fremdkörpern unter dem Nagel und Entfernung des letzteren selbst leicht gelingt; einige Spritzen von Lösung II in die Fingerkuppe, bis das Nagelbett weiss erscheint, genügen, um diese Eingriffe völlig schmerzlos zu gestalten. Auch die Empyemoperation mit Rippenresection bildet ein schönes Object, desgleichen die Herniotomie. Eine Erschwerung der topographischen Orientirung findet nur ganz selten statt und auch der Nachschmerz wird fast ganz vermieden, wenn man nicht zu viel Flüssigkeit einspritzt, wie es der Anfänger meist thut; seitdem Autor

gelernt hat, das richtige Maass innezuhalten, hat er auch diese Unannehmlichkeit nicht kennen gelernt.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 42.)

- **Orthoform** (s. Excerpta d. J. S. 52) hat auch Dr. H. Neumayer (München, medic. Poliklinik) als hervorragendes Local-anaestheticum kennen gelernt. Bei verschiedenen schmerzhaften Erkrankungen trat sogar auf einmalige Anwendung dieses Mittels in kurzer Zeit eine vollkommene, Stunden- ja Tage lang dauernde Anaesthetie ein, aber allerdings bloss da, wo das Mittel auf blossliegende Nervenendigungen, also auf Substanzverluste einzuwirken hatte. So wurde bei schmerzhaften Geschwüren der Mund- und Kehlkopfschleimhaut, bei Phthisis laryngis, Carcinoma linguae, Ulcerationen an der Wangenschleimhaut, Stomatitis ulcerosa 0,2 Orthoform insufflirt, bei luetischem Condylom an der Zunge wurde 10%ige Lösung aufgespritzt, stets trat nach wenigen Minuten Analgesie ein, die viele Stunden anhielt. Bei schmerzhaften Anginen jedoch, also bei intacter Schleimhaut, blieb das Mittel völlig wirkungslos, ebenso bei Operationen. Ebenso war es bei Magenaffectionen; bei Ulcus ventriculi wirkte 0,5—1,0 Orthoform Stunden lang, in mässiger Lösung gegeben, bei nicht ulcerativen Processen versagte es. Auch bei 2 Pat. mit offenbaren Substanzverlusten an der Urethra (1 Mal traumatische Läsion, 1 Mal Cystitis chronica und Stricturen der Harnröhre) wurde durch Einführung von 3—5 ccm einer 5%igen Lösung schmerzloses Einführen des Katheters und schmerzloses Uriniren erzielt, während vorher heftige Schmerzen bestanden. Endlich wirkte Orthoform eclatant bei schmerzhaften Substanzverlusten der äusseren Haut (1 Mal Verbrennung II. Grades, wo Orthoform als Pulver Stunden lang analgesirend wirkte, 1 Mal Quetschwunde, wo Pat. nach 4 Minuten langer Einwirkung einer 1%igen Lösung vollkommen schmerzfrei war). Das Mittel erwies sich extern, wie intern als völlig unschädlich, selbst bei Dosen von 3—4 gr pro die intern fehlten stets Nebenerscheinungen.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 44.)

- **Orthoform** hat auch Prof. Klaussner (München) versucht. Seine Resultate führten ihn zu dem Schlusse, dass dem

Mittel ein hervorragender Platz im Arzneyschatz des Chirurgen zukommt. Sein Werth liegt in 2 Eigenschaften: einmal löst es sich nach Art des Jodoforms nur langsam und wenig, und dann ist es völlig ungiftig. Allerdings wirkt es nur auf offene Wunden, Geschwüre, d. h. auf freiliegende Nervenendigungen, da aber sicher, auf normaler Haut und Schleimhaut versagt es. Aus den mannigfachen bei Wunden, Verbrennungen II. und III. Grades und verschiedenen (luetischen, varikösen, carcinomatösen etc.) Geschwüren, bei Caries der Zähne u. s. w. bisher gemachten Beobachtungen ergeben sich folgende Sätze:

1. Der Eintritt der Schmerzlosigkeit erfolgt durchschnittlich 3—5 Minuten nach Application des Mittels; ob das Pulver (die Basis) oder eine 10—20 %ige Salbe verwendet wurde, blieb sich ziemlich gleich.
2. Die Dauer der anaesthesirenden Wirkung erstreckt sich durchschnittlich auf ca. 30 Stunden; in manchen Fällen selbst auf 3—4 Tage; nur in 1 Falle hielt die Wirkung bloss 2 Stunden an (das Pulver wurde durch reichliche Secretion weggeschwemmt).
3. Die Secretionsbeschränkung ist stets nachweisbar, eine Eigenschaft, die z. B. bei Transplantationen sich sehr werthvoll erweist, da hierdurch das Anheilen der aufgepflanzten Hautstückchen wesentlich gefördert wird. Auffallend war auch die Einschränkung der sehr reichlichen lästigen Salivation in einem Falle inoperablen Carcinoms der Wangenschleimbaut.
4. Für die Ungiftigkeit des Mittels spricht die Thatsache, dass in einem Falle (Carcinom) wöchentlich ca. 60 gr. ohne jegliche schlimme Wirkung applicirt wurden.
5. In Betreff der antiseptischen Eigenschaften des Pulvers wurden an Kranken specielle Versuche nicht angestellt; doch war eine irgendwie schlimme Beeinflussung der Wunden etc. nicht zu beobachten. Eiterung wurde nie hervorgerufen, war aber welche vorhanden, so sistirte sie bald nach Gebrauch des Pulvers.

Zu den Versuchen wurde meist die Basis verwendet; das salzsaure Orthoform anaesthesirt zwar ebenso gut, schmerzt aber unmittelbar nach der Application, wenn auch

nur für kurze Zeit, intensiv und ist daher für den Chirurgen kaum verwendbar.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 46.)

- Eine **gemischte Chloroformaether-Narkose** empfiehlt Stabsarzt a. D. Dr. Radestock (Dresden) als ungefährlich und wirksam. Es handelt sich um die sogen. „österreichische Mischung“, d. h.  $\frac{2}{5}$  Aether und  $\frac{2}{5}$  Chloroform, welche nach den Erfahrungen des Autors unbedingt in der Praxis angewandt zu werden verdient. Derselbe lässt das Gemisch jedes Mal frisch anfertigen, verschreibt stets Aether. sulfur. pro narcosi, benützt die gewöhnliche Esmarch'sche Maske, aber mit doppeltem Ueberzug, da sie etwas reichlicher benetzt werden muss, als bei blossem Chloroform.

(Therap. Monatshefte 1897 No. 11.)

### **Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** Dr. F. Reuter

(Kalk) empfiehlt warm als Ersatzmittel für Jodoform das Jodoformal, von dem er bereits früher auf Grund von im hygienischen Institut in Bonn angestellten Untersuchungen versichert hatte, dass es eine bedeutend höhere baktericide Wirkung habe, als Jodoform; es riecht auch viel weniger, als letzteres, ist langsamer löslich und ungiftig. Besonders günstige Erfolge bei eiternden Wunden; ferner gute Wirkung bei Ulcus cruris, Vulvitis und Urethritis gonorrhoeica, Mastitis, Erysipel, Furunkel, Ulcus molle, Intertrigo, Brand-, Quetsch-, Schnittwunden, Excoriationen, Panaritium, Lymphangitis. Bei eiternden Wunden etc. kam es als Streupulver (pur oder mit Talcum, resp. Acid. boric. aa) zur Anwendung oder in Salbenform:

Rp.

*Jodoformal 0,1*

*Bals. peruv. gtt. III—V*

*Lanolin. anhydr.*

*Vaselin. americ. aa q. s. ad 10,0.*

M. f. ung.

Die wenigen Tropfen Perubalsam genügen vollkommen, um den geringen Jodoformgeruch zu verdecken. Will man noch energischer wirken, besonders wenn die Wunde keine entzündete oder reizbare Umgebung besitzt, so kann man ruhig die Salbenconcentration auf 5% erhöhen. Bei

Vulvitis gonorrhoeica erzielte Autor mit Streupulver öfters fast momentane Erfolge. Bei männlicher Gonorrhoe bewährten sich, auch bei chronischen Formen und Fällen, bei denen andere Mittel versagt hatten, bestens 20%ige Bacillen mit Gummi arabicum und Glycerin bereitet (zu beziehen durch Löwenapothek Köln-Deutz), bei welcher Mischung die Stäbchen ziemlich hart sind und sich gut einführen lassen, auch nach dem Zergehen fast nichts abfließt, da das Gummi das Jodoform festheftet; die Länge der Stäbchen richtet sich nach dem Sitze der Erkrankung, den man vorher durch Untersuchung mit dem Bougie feststellen muss.

(Therap. Beilage der deutschen medic. Wochenschrift 1897 No. 7.)

- Ueber Wundbehandlung mit Menthoxol, Camphoroxol und Naphthoxol macht Dr. Wagner (Berlin, Charité, Abtheilung Prof. Köhler) Mittheilung. Diese Mittel (chemische Fabrik C. Raspe, Weissensee bei Berlin) enthalten als wesentlichen Bestandtheil Wasserstoffsuperoxyd in 3%iger Lösung, verbunden mit den gebräuchlichen desinficirenden Mitteln Menthol 1%, Champher 1% oder Naphthol 2% und Alkohol 38% (bei Campher 32%). Chemische und bakteriologische Untersuchungen zeigten, dass die Präparate allen Anforderungen im vollsten Maasse genügten. Auch ergab die Prüfung der Haltbarkeit der Lösungen, dass dieselben innerhalb von 3 Monaten nur ganz geringe Mengen ihres Wasserstoffsuperoxydgehaltes eingebüsst hatten, und dass ihre desinficirenden Eigenschaften in keiner Weise beeinträchtigt waren. Klinisch wurden über 200 Fälle damit behandelt, und zwar mit 10%igen, frisch hergestellten Lösungen dieser 3 Mittel. Kleine Gazetupfer, stark damit durchtränkt, wurden auf die Wundflächen aufgelegt resp. in die Wundhöhlen eingeführt und mit sterilen Verbandmaterialien bedeckt. Solche Verbände blieben meist 2 Tage liegen (manchmal auch nur 1 Tag); bevor dies geschah, wurden häufig die Wunden etwas mit dem Desinficiens berieselt oder leicht ausgewaschen. Dabei zeigte das Menthoxol ein eigenartiges Verhalten, ohne dass eine schädliche Wirkung davon beobachtet wurde; sobald es nämlich in Berührung mit dem Wundsecret kam, fand sehr lebhaft Gasentwicklung unter reichlicher Schaumbildung statt. So wurden Phlegmonen, Periphlebitiden und

Abscesse gleich oder 1—2 Tage nach der Incision behandelt. Die Wunden reinigten sich ausserordentlich schnell, die Eitersecretion wurde geringer, es bildeten sich nie Verhaltungen, nie Zersetzungen aus. Specieell Camphoroxol leistete vielfach bei Mastitis gute Dienste. Sonst wurde ein Unterschied in der Heilwirkung der 3 Präparate nicht wahrgenommen. Alle 3 übten auch auf die Granulationsbildung einen günstigen Einfluss aus. Die von vornherein mit ihnen behandelten Fälle gingen stets schnell in Granulation über; die Granulationen sahen frisch, roth, kräftig aus, nie blass, schlaff und schwammig. Grosse Abscesshöhlen füllten sich schnell mit Granulationen, es bildete sich schnell eine feste, schmale Narbe, indem die Wundränder bei dem guten Heilungsvorgänge durch Heftpflasterstreifen an einander gebracht werden konnten und zuweilen innerhalb weniger Tage mit einander verklebten; so heilten zahlreiche Phlegmonen und Abscesse, auch ein schwerer periurethraler Abscess, Periphlebitiden und Mastitiden vorzüglich aus. Wurden bereits granulirende, schlaife und grauweisse Granulationen mit durchtränkter Gaze bedeckt, so zeigten sie schon nach 1 Tag frischeres, nach mehreren Tagen ein schönes, rothes und pralles Aussehen dar. So heilten auch viele grosse Fussgeschwüre ab, und nur bei 2 alten vernachlässigten Ulcera cruris versagten die Präparate. Die Oxole haben endlich noch eine schätzenswerthe Eigenschaft: sie wirken sehr desodorirend, und, selbst einen angenehmen, prickelnden Geruch besitzend, verdecken sie intensive Fäulnissvorgänge gut und leisten zur Desodorirung übelriechender Eiterungen schöne Dienste. Schädliche Wirkungen sah Autor nie, weder Reizung noch Ekzem, selbst wenn die Compressen länger als 2 Tage liegen blieben. Autor kommt daher zu einem empfehlenden Gesamturtheil.

(Therap. Beilage zur „Deutschen medic. Wochenschrift 1897 Nr. 10).

- Ueber Desinfection der Hände macht Dr. R. Weir (New-York) eine Mittheilung. Derselbe benützte dazu nämlich Chlor in statu nascenti. Er nahm einige Krystalle der gewöhnlichen Waschsoda in eine Hand, streute darauf etwa 1 Theelöffel voll Chlorkalk und fügte soviel Wasser hinzu, als nöthig war, um eine dünne Paste herzustellen, mit welcher er dann 2—3 Minuten lang Hände, Nägel,

Vorderarme rieb, so lange bis statt des anfänglichen Wärmegefühls sich im Gegentheil ein Gefühl der Kühle einstellte und sich die kleinen Körner des Chlorkalks ganz auflösten. Mit dieser Methode — die Hände wurden nach jenem Abreiben nur noch mit sterilem Wasser oder Sublimatlösung abgewaschen — wurden in 95% der Versuche völlige Sterilisation der Hände erzielt.

(Med. record 1897, April 3. — Centralblatt für Gynäkologie 1897 No. 36.)

- Zur Sterilisirung von weichen und elastischen Kathetern genügt, wie Dr. L. Wolff mittheilt, 24stündiges Liegenlassen in 3%igem Formalin-Glycerin. Versuche im Institut für Infektionskrankheiten in Berlin haben das zur Genüge bewiesen. Vor der Anwendung werden die Katheter in Glycerin mit 20% Zucker, der sich in siedendem Glycerin leicht löst, getaucht, welche Flüssigkeit sich zur Schlüpfrigmachung sehr eignet, indem Glycerin so eine dickere Consistenz erhält und ausgezeichnet haftet.

(Centralblatt f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane, Bd. VIII. Heft 6.)

**Anthrax.** Einen Fall von A. beim Menschen stellte Kossel vor. Es handelt sich um einen 33jährigen Maurer, der heut vor 14 Tagen eine nothgeschlachtete Kuh abgehäutet hat, von der der Thierarzt Tags darauf constatirt hatte, dass sie milzbrandkrank gewesen war. Im Anfang der nächsten Woche bekam der Pat. eine fieberhafte Erkrankung; angeblich erst nach 7 Tagen bemerkte er eine Pustel in der Nähe des rechten äusseren Augenwinkels mit starker Schwellung in der Umgebung desselben. In der Nacht zum Sonnabend, also am 9. Tage, waren die Drüsen am Unterkieferwinkel angeschwollen. Als Autor den Pat. am letzten Montag Abend sah, konnte er folgenden Befund erheben: In der Nähe des rechten äusseren Augenwinkels eine mit schwärzlichem Schorf bedeckte Pustel; Augenlider rechts sehr stark geschwollen, die Haut der Schläfe, der Wange, die Ohrmuschel und ein Theil der Kopfhaut hart infiltrirt; die Schwellung schloss in der Mitte der Stirn mit einem scharfen Rande ab, welcher um die Dicke eines Fingers die umgebende gesunde Haut überragte; die Drüsen in der Unterkiefergegend vergrößert und hart; Temperatur (in axilla) 40°, Allgemeinzustand aber ein guter; Pat. war

gut bei Kräften und gab auf Fragen klare Antworten. Am nächsten Tage Temp. 40,1°, Abends 40,6°, die Schwellung nahm schon das ganze linke Auge ein und dehnte sich über den ganzen Kopf, den Nacken und den unteren Theil des Halses aus. Am 3. Tage Zustand etwas besser, Temp. nur 38,8°, dagegen Schwellung noch weiter vorgeschritten, und zwar über die Clavicula nach unten, sodass sie die rechte Thoraxhälfte bis etwa zur 3. Rippe einnahm; dagegen war sie weicher geworden. Heute Morgen machte Pat. noch einen besseren Eindruck; Temp. 38°, Infiltration der linken Stirnhälfte ganz erheblich zurückgegangen, es ist dem Pat. möglich, das linke Auge zu öffnen, und auch Schwellung im Nacken bedeutend geringer. Die Milz war nie geschwollen, Albuminurie nie vorhanden gewesen. Die Diagnose war der Anamnese und dem Befunde nach klar, wurde aber noch mikroskopisch, culturell und durch Thierversuche bestätigt. Ueber die Therapie des menschlichen A. gehen die Ansichten sehr auseinander. Viele rathen, den Milzbrandcarbunkel möglichst bald zu excidiren und event. die geschwollenen Drüsen auch noch sofort herauszunehmen. Ein anderer Standpunkt ist in den letzten Jahren hauptsächlich von Müller aus der Brahmnn'schen Klinik vertreten worden. Er rath, den Milzbrandkranken gar nicht operativ zu behandeln; selbst wenn man sich bemühe, im Gesunden zu excidiren, laufe man Gefahr, dass die Milzbrandbacillen in die durchschnittenen Gefässe und Lymphzellen eindringen und zu einer allgemeinen Infection des Körpers führen. Müller beschrieb auch einige 20 Fälle, von denen ohne Operation alle gerettet wurden, während 1 Fall, wo der Carbunkel von einem Arzt breit incidirt war, letal ablief. Auch im obigen Falle wurden nur Compressen mit Burow'scher Lösung gemacht, Pat. gut genährt und mit grossen Dosen Alkohol behandelt, diese Therapie hat sich auch bewährt (Pat. ist auch inzwischen geheilt, nachdem die Haut beider Augenlider rechts nekrotisch abgestossen war).

(Gesellschaft der Charité-Aerzte, 11. März 1897.  
Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 44.)

**Febris.** Pyramidon bei Abdominaltyphus bewährte sich nicht, wie Dr. A. Brandeis (Prag, Prof. v. Jaksch'sche Universitätsklinik) bei 8 Fällen erfuhr. Die anti-



pyretische Wirkung war eine langsame und unsichere, dabei machten sich auch noch unangenehme Nebenerscheinungen (enorme Schweissecretion, bedeutende Abgeschlagenheit, 1 Mal Collaps) geltend.

(Prager medic. Wochenschrift 1897 No. 44.)

- Ueber die **Wirkungsweise des Pyramidon bei verschiedenen Krankheitszuständen** macht Dr. Donath Roth (Wien, k. k. Krankenanstalt Rudolf-Stiftung) Mittheilung, auf Grund von etwa 100 Beobachtungen. Bei dem **hektischen Fieber der Phthisiker** erwies sich das Mittel als eines der zuverlässigsten Antipyretica, indem schon kleine Dosen, welche das Allgemeinbefinden der Pat. eher besserten, als verschlechterten, eine energisch temperaturherabsetzende Wirkung zeigten. Jedoch reagierte nicht jeder Kranke auf so kleine Dosen (3 Mal tägl. 0,3) gleich günstig, bei schwereren Fällen musste bis 1,5 gr pro die gereicht werden. 2 Pat. vertrugen allerdings das Mittel auch nicht in jenen kleinen Dosen, in 3 Fällen erwies sich das Fieber nicht nur dem Pyramidon, sondern auch anderen Antipyreticis gegenüber als hartnäckig, 1 Mal wirkte Phenacetin besser, als das Pyramidon. — Ausser der Fieberwirkung wurde eine spezifische erzielt bei **acutem Gelenkrheumatismus**, wo eine Tagesdosis von 1,5 gr (5 Mal tägl. 0,3) meist prompt wirkte, ohne dass irgendwie unangenehme Nebenreactionen auftraten, was also einen grossen Vorzug vor Salicyl bedeutet. Bei chronischem Rheumatismus war der Effect nur ein sehr geringer, selbst bei sehr hohen Dosen (3 gr pro die), die ebenfalls ohne Beschwerden vertragen wurden (5 Fälle). — Auch die schmerzstillende Wirkung des Pyramidons trat öfters frappant hervor. Bei 5 Fällen von **Migräne** wurden jedesmal nach mehrmaligem Gebrauche grösserer Dosen (0,5 pro die) vor oder im Beginne des Auftretens der Schmerzen diese wenigstens gemildert, oder vertrieben. Derselbe Effect bei **Kopfschmerzen** aus den mannigfaltigsten Ursachen bei Darreichung von 0,5—1,0 Pyramidon. Ein Fall von **Trigeminusneuralgie**, der schon mehrere Wochen währte und keiner Behandlung wich, besserte sich deutlich, ebenso 1 Fall von **Ischias**, während ein zweiter unbeeinflusst blieb. Bei einem **Tabes**-Fall mit heftigen gastrischen Krisen wirkte gegen letztere ausser Morphinum nur Pyramidon, welch letzteres

bei nicht zu schweren Attaquen durchaus das erstere ersetzte. Auch bei einem mit starkem Wadenschmerz behafteten **Alkoholiker** bewährte sich das Mittel endlich sehr gut.

(Wiener klin. Wochenschrift 1897 No. 44.)

- Mit **Kryofin** (methylglykolsaures p.-Phenetidin) stellte Dr. E. Schreiber (Göttingen, medic. Universitätsklinik) Versuche an, welche ergaben, dass das Mittel (chem. Fabrik von Bindschedler in Basel) als Antipyreticum und Antineuralgicum so gute Dienste leistet, dass es weitere Nachprüfung verdient. Die Dosirung war 0,5—1,0, höchstens 2 gr pro die, wobei Nebenwirkungen im Allgemeinen fehlten (1 Mal starker Schweiß bei vorgeschrittener Phthise). Dass man bei sehr decrepiden, stark fiebernden Individuen vorsichtig sein muss, zeigt der Fall eines vorgeschrittenen Phthisikers, bei dem nach 0,5 Kryofin unter schnellem Absinken der Temperatur (von 38,8° Nachmittags 6 Uhr auf 37,8° Abends 8 Uhr, Puls 120, Respir. 32, 35,6° Abends 10 Uhr und 34,6° Nachts 2 Uhr, Puls 80, Respir. 24) ein sehr schwerer, über 1 Tag dauernder Collaps eintrat, von dem sich Pat. wieder erholte, aber nach 2 Tagen leidlichen Befindens starb; die Möglichkeit liegt freilich vor, dass der Collaps von der Erkrankung selbst abhing; doch wahrscheinlich hat hier der geschwächte Organismus so deletär auf das Mittel reagirt; sonst setzte Kryofin immer (mit 1 Ausnahme) prompt das Fieber herab, ohne dass es unangenehme Nebenwirkungen zeigte; ja vorher geklagte Beschwerden, wie Kopfschmerzen und Mattigkeit, machten häufig ausgesprochener Euphorie Platz. Die vollständige Entfieberung trat meist innerhalb 2—3 Stunden ein, Puls- und Respirationsfrequenz nahmen meist entsprechend der Temperatur ab. — Auch als Antineuralgicum, gegen Kopfschmerzen, wirkte Kryofin meist in kurzer Zeit (auch bei urämischen Kopfschmerzen und solchen bei Lues); bei Trigemineuralgie versagte es.

(Therap. Beilage zur „Deutschen medic. Wochenschrift 1897 No. 10.)

**Gonorrhoe.** Ueber die Behandlung nach Janet giebt Dr. L. Stern (Düsseldorf, städt. Krankenhaus) genaue Vorschriften. Die Methode besteht bekanntlich in systematischen Spülungen der Harnröhre mit

warmer Lösung von Kal. permang. (1:6000—1000), vorgenommen mittelst Irrigators ohne Katheter, und sich bei ausschliesslicher Erkrankung der vorderen Harnröhre auf diese beschränkend, bei weitergehender Erkrankung auf die ganze Harnröhre. Die Technik ist eine einfache: der mit der warmen Flüssigkeit (meist beginnt man mit 1:5000) gefüllte Irrigator hängt 1,50 m hoch an der Wand und ist mit einer von Janet angegebenen Glasansatzspitze versehen, mit der man ganz gut auskommt; der Pat. sitzt auf der Kante eines Stuhles oder Sophas, etwas den Oberkörper zurücklehnend; nachdem die Blase entleert ist vom Pat. selbst, wird Umgebung und Mündung der Harnröhre mit einigen Strahlen der Flüssigkeit gesäubert, dann fasst der Arzt den Penis mit der linken Hand von oben und hält mit Daumen und Zeigefinger das Orificium klaffend auseinander, die rechte Hand führt den Irrigatorschlauch und regulirt dabei mit Daumen und Zeigefinger die Stromstärke und Richtung; man lässt zunächst einige Mengen der Lösung in die Harnröhre laufen, wobei der Glasansatz die Harnröhrenmündung so verschliesst, dass die Lösung mit einem gewissen Druck in die Falten der Harnröhre hineingepresst wird. Anfänglich wird nur so viel in dieselbe geleitet, dass sie in ihrem ersten Theile ausgefüllt ist, sehr bald kann man aber eine Berieselung der vorderen Harnröhre bewerkstelligen, indem man die Glasspitze zeitweise gering lüftet, wobei die Flüssigkeit wieder herauslaufen kann. Will man die ganze Harnröhre spülen, so fordert man den Pat. auf, während man die vordere Harnröhre spült, den Sphincter zu öffnen resp. den Versuch zu machen, zu uriniren, was meist gelingt, sodass die Flüssigkeit in die Blase läuft. Fühlt der Pat. Harndrang, so lässt man ihn uriniren, wobei man Sorge trägt, durch momentanes Zudrücken der vorderen Harnröhrenöffnung den Flüssigkeitsstrahl unter starken Druck zu setzen, dadurch die Falten der Harnröhre auszugleichen und die Lösung in alle Buchten der Urethra zu drängen. Man kann das Einlaufen in die Blase auch durch Höherhängen des Irrigators auf 2 m und darüber erleichtern. Die Lösung (erst 1:5000, später 1:3000 und 1:2000) wird auf 36° temperirt. Für den Anfang rath Autor, die Behandlung im acutesten Stadium nicht mit Spülungen zu beginnen, d. h. dann nicht, wenn erhebliche Reizerscheinungen und Schmerzen vorhanden sind. Man kann

ja auch hier bei vorsichtiger Anwendung Heilerfolge rasch erzielen, besonders wenn man die Spülungen combinirt mit anderen Maassnahmen (Einspritzungen mit 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>iger Argonin- oder 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>iger Ichthyol-lösung, die sich der Pat. selbst macht), aber es gehört schon eine gewisse Vertrautheit mit der Methode dazu, hier Misserfolge zu vermeiden. Ist dagegen die Akme der Entzündung noch nicht erreicht, befindet sich der Process noch im 1. Stadium, so kann man ihn durch die Methode von Janet sehr wohl coupiren; so früh beginnt aber sehr selten die Behandlung. Fürs absteigende Stadium der G., wo die Secretion grauweiss wird und dünnflüssiger zu werden beginnt, da giebt es kein besseres, kein rascher wirkendes Mittel, als die Janet'sche Methode! Complicationen bilden für den Geübteren keine Contraindication, zumal wenn sie sich nicht gerade in einem acuten Stadium befinden, man muss aber hier recht vorsichtig sein. Gespült soll täglich 8—10 Tage hintereinander werden; ist nach 8—10 Spülungen die Secretion geschwunden, der Urin klar und fadenfrei, so wartet man einige Tage ab; sind Gonokokken noch zurückgeblieben, so stellt sich meist nach einigen Tagen spontan oder auf Reizung wieder Secretion ein, ein 2. Turnus mit Spülungen ist nothwendig. Wer ein Mikroskop besitzt, kann natürlich sich bessere Richtschnuren verschaffen. Nach 1—2 Spülungen tritt etwa 3 Stunden nach der Pro-cedur oft eine ödematöse Schwellung der Harn-röhrenschleimhaut und des Orificiums ein, die „Reaction“; das ist ein gutes Zeichen dafür, dass der Erfolg nicht ausbleiben wird.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1897 No. 17.)

- Ein neues Silberpräparat: **Protargol** (Farbenfabriken vorm. Fr. Bayer & Co., Elberfeld) hat Prof. Neisser (Breslau) bei acuter G. einer Prüfung unterzogen, und diese ergab sehr befriedigende Resultate. Protargol, eine chemische Verbindung des Silbers mit einem Proteinstoffe, ein gelbliches, feines Pulver, leicht durch Umschütteln in Wasser löslich, wurde in  $\frac{1}{4}$ —1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>ige Lösung benützt, und diese übte einen bedeutenden therapeutischen Effect aus, ohne dabei irgendwie reizend zu wirken. Wegen dieser letzteren Eigenschaft konnte die Lösung weit

längere Zeit, als die üblichen Injectionsflüssigkeiten, in der Harnröhre verbleiben und bis zu 30 Minuten auf die erkrankte Schleimhaut einwirken. Autor liess sofort nach Constatirung der G. 3 Mal täglich injiciren, und zwar so, dass 2 Mal die Lösung nur 5 Minuten, 1 Mal aber 30 Minuten in der Urethra verblieb. Schon nach wenigen Tagen konnte man sich auf diese 1malige prolongirte Injection beschränken. Die Behandlung mit Protargol — man begann mit  $\frac{1}{4}\%$  igen Lösungen und stieg allmählig bis  $1\%$  igen — wurde 3 bis 4 Wochen durchgeführt. Neisser fasst sein Urtheil dahin zusammen, dass er bisher mit keinem Mittel so schnelle und constante Erfolge erzielt habe, als mit Protargol.

(Dermatolog. Centralblatt 1897 Heft 1.)

- Ueber blennorrhoeische Allgemein-Erkrankung macht Dr. L. Schuster (Aachen) Mittheilung. Derselbe publicirte im Jahre 1889 7 Fälle, von denen 4 durch eine Inunctionscur geheilt, 3 gebessert wurden. Auch andere Autoren haben bei blennorrhoeischen Allgemeinerscheinungen, namentlich Gelenkaffectionen, bessere Resultate von der Anwendung von Quecksilberpräparaten, als z. B. von der Salicyl-Therapie gesehen. Nun verfügt Schuster über einen neuen Fall, den er zuerst vom Septbr. 1890 bis Januar 1891, dann Novbr. und Decbr. 1893, dann 1895 und zuletzt 1896 wegen immer recidivirender blennorrhoeischer Allgemeinerscheinungen jedesmal mit Quecksilber, Bädern, zum Theil auch mit Jodpräparaten mit Erfolg behandelt hat, während örtliche Heilversuche an der Urethra meist eine Verschlimmerung hervorgerufen hatten. Der 23jährige, früher stets gesunde Pat., hatte sich im April 1890 eine G. zugezogen. Trotz localer Behandlung bekam er Knieschmerzen, im Juli erkrankten Knie- und Fussgelenk, im August die Kiefergelenke, es gesellten sich Iritis und Cystitis hinzu, und als der stark abgemagerte Pat. in die Behandlung Schuster's trat, constatirte derselbe bei dem Pat., der starken Ausfluss hatte und die Kiefergelenke kaum öffnen konnte, noch Schwellung beider Kniegelenke, Schmerzhaftigkeit des Os sacrum, linksseitige Iritis, Fieber etc. Eine mehrwöchentliche Inunctionscur brachte Heilung, eine ebensolche neben Bädern, Schwitzproceduren u. s. w. wirkte ebenso bei den Recidiven.

(Archiv für Dermatologie u. Syph. Bd. 40, 1897, Heft 2[3].)

— Ueber **Periproctitis blennorrhoeica** stellt Dr. A. Huber (Budapest) im Anschluss an einige selbst beobachtete Fälle folgende Sätze auf:

1. Die Rectalblennorrhoe ist eine verhältnissmässig sehr häufige und spezifische Erkrankung der Rectalschleimhaut, welche in ihrem Verlaufe mit der Urethralblennorrhoe ganz analog ist.
2. Die Rectalblennorrhoe kann ihren Sitz auch in den Lieberkühn'schen Drüsen und im periglandulären Bindegewebe haben, und dann ist die Perifolliculitis des Rectums mit der Perifolliculitis der Urethra ganz analog.
3. Die im Anschlusse an eine Rectalblennorrhoe auftretenden Abscesse sind den Jadassohn'schen Abscessen ganz analog, die im periurethralen Bindegewebe, in der Prostata und den Bartholin'schen Drüsen zur Beobachtung gelangen.
4. Es muss besonders hervorgehoben werden, dass die bei einer Rectalblennorrhoe vorhandene Folliculitis und Perifolliculitis von grosser Bedeutung ist für die Prognose der Rectalerkrankung; denn es ist sehr wahrscheinlich, dass gerade solche Fälle zu einer hochgradigen Stricture des Rectumrohres führen.
5. Im Verlaufe der Rectalblennorrhoe sind die Geschwüre sehr selten.

(Archiv für Dermatol. u. Syph. 1897 Bd. 40, Heft 2[3].)

### **Influenza.** Bei Behandlung der kindlichen I. hat S.-R.

Dr. Fürst (Berlin) als das beste Mittel Salipyrin kennen gelernt, das geradezu als Specificum wirkt, wenn man es früh und in der richtigen Dosis anwendet. Es erhalten

kleine Kinder (bis zu 5 Jahren)	pro dosi 0,25	} 3 × täglich in leichtschweiss- treibend. Thee.
ältere „ ( 5—10 „ ) „ „	0,5	
grosse „ (10—14 „ ) „ „	1,0	

Schon nach 2 Tagen kann man meist auf 2 Tagesdosen zurückgehen, womit man noch 3—4 Tage nach der beginnenden Reconvalescenz fortfährt. Durch Salipyrin werden die unangenehmen Erscheinungen der I. rasch unterdrückt, Complicationen verhütet, Recidiven vorgebeugt. Daneben kann man und muss event. bestehende Complicationen in der üblichen Weise bekämpfen. Gegen

Nasen- und Rachenkatarrh empfiehlt Autor als am zweckmässigsten Ol. Terebinth. rectif. oder 1—2%ige Menthol-Alkohollösung, die man vergasen lässt und durch einen Handzerstäuber mit doppeltem Gummigebläse unter ganz leichtem Druck in die Nasenhöhle bringt, indem man (in umgekehrter Anordnung, als dies bei Flüssigkeitszerstäubung geschieht) das bis auf den Boden der im Fläschchen enthaltenen Flüssigkeit reichende Glasrohr mit den Gummiballons in Verbindung setzt und das unter dem Stöpsel (also über der Flüssigkeit) endende mit der Nasenhöhle; drückt man nun, so dringen nur die Gase auf die kranke Schleimhaut und wirken nicht nur reizmildernd, sondern auch gefässverengernd und desinficirend. Von guter Wirkung ist noch die Kafemann'sche Ordination:

Rp.

*Menthol.* 4,0

*Eukalyptol. pur. alb.* 2,5

*Ol. Terebinth. rectif.* 5,0

*Ol. pin. pumil.* 1,0

M. S. 2—4 Tropfen aus einem 2schenkligen erwärmten Nasengläschen zu inhaliren.

Autor hat, seitdem er derartig therapeutisch vorgeht, vor allem aber seitdem er das an Katarrh der oberen Luftwege erkrankte Kind, auch wenn es nicht fiebert, zu Bett bringt, wo es zunächst event. ein Laxans und leichte Diät erhält, dann sofort mit Salipyrin behandelt wird, nie ein Kind an I. verloren oder schwerere Complicationen erlebt.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1897 No. 78.)

— **Kryofin** bei I. gab mit bestem Erfolg Oberarzt Bresler (Freiburg i. Schl., Provinz.-Heil- und Pflegeanstalt.) Ueble Nebenerscheinungen traten nicht zu Tage, auch bei Grammdosen nicht, welche nöthig sind, will man deutlichen Effect erzielen. Nur bei schwächeren Individuen gebe man 3—4 Mal täglich à 0,5 oder 2 Mal täglich à 0,75, sonst 1—2 Mal pro die à 1,0. — Eine Abortivwirkung hat nach Dr. G. Freudenthal's Erfahrungen (Peine) Calomel, in den ersten 3 Tagen gereicht, und zwar in 2—3 Dosen (bei Erwachsenen je 0,1, Frauen 3 Mal à 0,05, Kinder soviel cg, wie Zahl der Jahre).

(Therap. Monatshefte 1897 No. 10.)

**Intoxicationen.** Ueble Erfahrungen mit dem als unschädlich bezeichneten Euchinin hat bei 2 Fällen Dr. Rheins

(Neuss) gemacht. Bei einer 55jährigen kräftigen Pat., die seit dem 1./IV. 97 an nervöser Grippe leidend, 2 Tage später von heftiger Cervicobrachial- und Intercostal-neuralgie heimgesucht wurde, gegen die sich Antifebrin, Phenacetin, Bromkali, Sulfonal neben Elektrizität sich bereits als erfolglos erwiesen hatten, wandte Autor Euchinin an, das er am 8/IV. Nachmittags 4 Uhr zu 2 gr in Milch verabreichte. Es wurde anscheinend gut vertragen. Um 7 Uhr Abends nach Vorschrift Wiederholung jener Dosis. Um 8 Uhr: Schwindelgefühl, Klingen und Sausen im Gehörorgan, Herabsetzung der Hör- und Sehfähigkeit, Netzhautreizung, Sinnestäuschungen, Delirien, Herzschwäche bei einer Temperatur von 36,5° und sehr schwachem Pulse (80). Um 2 Uhr Nachts Erbrechen und damit Nachlass der Intoxicationserscheinungen. Die Neuralgie war allerdings günstig beeinflusst worden, aber für theuren Preis! Fall 2 betraf einen Pat. mit chronischer Malaria, welcher nur 2 Mal tägl. à 0,3 Euchinin erhielt; selbst bei dieser geringen Dosis Ohrenklingen. Also Vorsicht!

(Derprakt. Arzt 1897, No. 10.)

- **Ernste Vergiftungserscheinungen nach ganz kleinen Dosen von Extract. filic. mar.** sah Dr. O. Zabel (St. Petersburg) bei einem 5jährigen, etwas schwächlichen, sehr anämischen, jedoch sonst munteren Knaben, der, als ihm Bandwurmglieder abgingen, von einem Arzt folgende Cur verordnet bekommen hatte. Er sollte einen Tag nichts essen, am nächsten aber in der Frühe etwas Häring und eine Tasse schwarzen Kaffees zu sich nehmen, um 1½ Stunden darauf ein Electuarium von

*Extr. filic. mar. aeth. 0,8*

*Mel. depur. 8,0*

in 2 Portionen einnehmen und darauf 15 gr Ol. Ricin. trinken. Schon 5 Stunden später verfiel der Kranke nun in einen comatösen Zustand; ausserdem sehr beschleunigte Athmung, Puls bis auf 160, vollständige Theilnahmslosigkeit, endlich heftiges Erbrechen, das sich jede halbe Stunde wiederholte und erst Magenschleim, später auch Galle zu Tage förderte. In diesem Zustande sah Autor den Pat. und gab Kaffee, Citronenlimonade, Eispillen, ohne das Erbrechen damit zu beeinflussen. Ausserdem Infusion aus Rad. Valerian. und



Acid. mur. mit Pepsin, Eisblase auf den Kopf, Abends Klystier. Pat. blieb aber 4 Tage so comatös, wobei das Erbrechen seltener wurde und die Temperatur stets normal blieb. Er bekam ernährende Klystiere und am 5. Tage ein Bad von 30°, worauf bald ergiebiger Schweiss auftrat und Besserung sich zeigte, die allmählig fortschritt, sodass am 7. Tage das Sensorium völlig klar und die Gefahr beseitigt war. — Autor hält die vorbereitende Hungercur für durchaus entbehrlich; sie schwächt nur den Körper und fördert die Intensität des Mittels aufs Gehirn, dessen locale Wirkung hier doch allein verlangt wird. Es genügt magere Kost am Tage vordem, um Effect zu erzielen. Bei schlecht genährten und nervösen Kindern vermeidet man am besten das Extract. filic. mar. ganz und greift zu anderen Mitteln.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 45.)

- Ein interessanter Fall von Zinkintoxication wird von Dr. Scholz (Lahn i. Schl.) mitgetheilt: Ein Herr consultirte denselben wegen eines Erythema vesiculosum der Streckseite des linken Unterarmes und rechten Handrückens. Autor verordnete tägliches Aufstreuen eines Zinkstreupulvers (Zink. oxyd. alb. mit Amyl. Tritic. 1:2). Nach einigen Tagen erkrankte der bis dahin ganz gesunde Pat. plötzlich mit Erscheinungen einer schweren Gastroenteritis, besonders starkem Erbrechen, Fieber, Beklemmung, Schwindel und unregelmässiger Herzthätigkeit. Nach einem Armbade wurde fortan nur Talk. venet. eingestreut, worauf jene Symptome sofort verschwanden. 8 Tage später, als dies indifferente Streupulver dem Pat. ausgegangen war, verwandte er von Neuem entgegen der ärztlichen Vorschrift die Reste des Zinkpulvers. Sehr bald entwickelte sich wieder jener Symptomencomplex, um cessante causa abermals rasch zu verschwinden. Die Intoxication bei dem so oft gebrauchten Zinkstreupulver, applicirt auf eine ziemlich kleine Hautparthie eines kräftigen, gesunden Mannes ist jedenfalls sehr bemerkenswerth.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1897 No. 21.)

- M. A. Terson berichtete über eine beiderseitige Opticus-atrophie nach Jodoformbehandlung einer Ver-

**brennung.** Eine 48jährige Frau hatte sich mit brennendem Oel an den Schenkeln und am Bauche verbrannt. Die Brandwunden wurden mit Jodoform behandelt. 3 Wochen darauf trat, ohne dass sonstige Symptome einer Jodoformintoxication sich gezeigt hatten, jene Affection auf, die jeder Behandlung trotzte. Allerdings lehren die Beobachtungen einiger Autoren (Mooren, Wagenmann), dass Neuritis optica und Netzhautblutungen nach grossen Verbrennungen auch ohne Jodoformbehandlung auftreten können, während andererseits nach Jodoformgebrauch toxische Amblyopieen bald ohne Läsion des Augenhintergrundes, bald mit bleibenden Veränderungen sich entwickelt haben (Valude, Hirschberg, Küster u. A.).

(Soc. de biologie, 10. October 1897. — Wiener medic. Presse 1897 No. 44.)

**Lepra.** In der Schlussitzung der Internat. Lepra-Conferenz in Berlin (October 1897) wurde das Ergebniss der Verhandlungen in folgenden Sätzen zusammengefasst: „Als Krankheitserreger wird nach dem gegenwärtigen Stande der Forschung der Leprabacillus angesehen, der der wissenschaftlichen Welt durch die Entdeckung Hansen's und die Arbeiten Neisser's seit bald 25 Jahren bekannt ist. Zwar sind die Bedingungen, unter denen dieser Bacillus gedeiht und sich weiter entwickelt, noch unbekannt, ebenso die Art und Weise des Eindringens in den menschlichen Körper; jedoch deuten die Verhandlungen der Conferenz darauf hin, dass eine Einigung sich anbahnt über die Wege, auf denen er im menschlichen Körper sich verbreitet. Einheitlich ist die Auffassung darüber, dass nur der Mensch der Träger dieses pathogenen Bacillus ist. Ueber die Massenhaftigkeit der Ausscheidung des Bacillus aus dem kranken Organismus, namentlich von der Nasen- und Mundschleimhaut, sind interessante Beobachtungen mitgetheilt worden, deren Nachprüfungen an einem grossen Beobachtungsmaterial dringend wünschenswerth erscheint. Diesen Fragen von ausschliesslich wissenschaftlicher Bedeutung steht die That- sache gegenüber, die praktisch einschneidende Bedeutung hat für alle, denen die Sorge für das Volkswohl anvertraut ist: die Anerkennung der L. als einer contagiösen Krankheit. Jeder Lepröse bildet eine Gefahr für seine Umgebung. Diese Gefahr wächst,

je inniger und länger andauernd die Beziehungen des Kranken zu seiner gesunden Umgebung sind und je schlechter die sanitären Verhältnisse, unter denen sie sich abspielen. Mithin bedeutet ganz besonders unter der ärmsten Bevölkerungsschicht jeder Lepröse eine stete Gefahr für Uebertragung für seine Familie und seine Arbeitsgenossenschaft. Jedoch kann nicht in Abrede gestellt werden, dass die Fälle von Uebertragung auf Menschen in besser situirter Lebenslage nicht mehr vereinzelt beobachtet werden. Zu Gunsten der contagionistischen Auffassung der L. hat die Anschauung, dass die L. durch Vererbung sich verbreitet, immer mehr Anhänger verloren. Die Behandlung der L. erzielt bisher nur palliative Erfolge. Auch die Serumbehandlung hat bisher in dieser Beziehung keinen Wandel gebracht. Angesichts der Unheilbarkeit der L., angesichts der Entstellung, die sie hervorruft, und der schweren und öffentlichen Schäden, die sie mit sich bringt, hält die Lepraconferenz in logischer Schlussfolgerung ihrer contagionistischen Auffassung der L. die Isolirung für das einzige radicale und am raschesten wirkende Mittel zur Unterdrückung der L., insbesondere wo sie in heerdenweiser oder epidemischer Verbreitung sich befindet. Die Bestätigung dieser Ansicht sieht sie in den Erfolgen, die die Bekämpfung der L. in Norwegen errungen hat, dort, wo die Isolirung der Kranken zielbewusst durchgeführt d. h. gesetzlich eine Handhabe geschaffen worden ist, die Isolirung bei denjenigen Kranken auch gegen ihren Willen durchzusetzen, welche durch die elenden Verhältnisse, unter denen sie ihr Dasein führen, eine ganz besonders grosse Gefahr für ihre Umgebung bedeuten.“

(Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 44.)

- Einen interessanten Fall von L. demonstirte jüngst Dr. Blaschko (Berlin). Die 36jährige Pat., aus dem Kreise Memel stammend, diente 1884, d. h. vor 13 Jahren, in einem Dorfe dicht an der russischen Grenze. 10 Minuten davon befand sich ein Hof, dessen Wirth der erste dort bekannte Fall von L. war. Die Pat. verkehrte nur zeitweilig im Hause, während ihre Schwester und ihr Schwager als „Losmann“ und „Losfrau“ dort beständig lebten. Der Wirth, Anfang der

70er Jahre erkrankt, war damals schon todt, ebenfalls schon gestorben war seine älteste Tochter, auch an L. Es lebten noch 2 seiner Kinder, sein ältester Sohn, zur Zeit leprös, und eine Tochter, damals noch gesund, ferner gesund und an einen 2. Mann verheirathet, seine Wittwe. In einem niedrigen Raume schliefen zusammen diese Frau, ihr 2. Mann, der an L. tuberosa schwerkranke Sohn und die Losleute. Die Pat. selbst kam nur gelegentlich zu Besuch; nur ein einziges Mal, als sie eine Zeit lang augenleidend war, hat auch sie 14 Tage in jenem Raume zugebracht. Während nun die übrigen Personen, welche lange Zeit, zum Theil Jahre lang, mit allen diesen Leprösen zusammen gelebt haben, von L. vollkommen verschont geblieben sind, erkrankte Pat. an L. maculosa-anaesthetica. Freilich vergingen 8 Jahre, bevor die ersten Erscheinungen sich zeigten und zwar in Form eines harmlos erscheinenden erythematösen Fleckes auf der rechten Wange, der erschien, als Pat. gerade als Kindermädchen diente. Diesem Flecke folgten dann mehrere andere im Gesicht und an den Extremitäten, währenddes die Pat. an verschiedenen Stellen weiter diente. Erst vor kurzem wurde die L. gelegentlich von einem Memeler Arzt entdeckt. Der Fall ist klinisch auch deshalb besonders interessant, weil die Affection in den 5 Jahren ihres Bestehens so wenig Fortschritte gemacht hat. Man sieht nur 6—7 erythematöse Plaques, die in ihrem ganzen Umfange anaesthetisch sind, d. h. partiell anaesthetisch, indem Analgesie und Thermoanaesthesia complet ausgebildet sind, während die Berührungsempfindung so gut wie gar nicht aufgehoben ist. Diese „Dissociation der Gefühlsstörungen“ hat man bisher nur auf centrale Läsionen der grauen Substanz bezogen, neuerdings ist sie aber vielfach bei peripheren Neuritiden constatirt worden. Bemerkenswerth ist ferner eine Erscheinung, die man sonst nur in den ersten Stadien der L. anaesthetica findet, dass nämlich die Sensibilitätsstörungen sich ganz scharf an die Grenze der Flecke halten. Das beweist, dass nur die innerhalb des erkrankten Cutis selbst liegenden Nerven afficirt sind, was Autor auch mikroskopisch bestätigt fand.

**Parulis.** Dr. Ströhl (München) hat die von Ide vor einigen Jahren eingeführte **Behandlung mit unterschweflig-saurem Natron** in mehr als 1 Dutzend Fällen mit bestem Erfolge angewandt, sodass er diese Verordnung warm empfiehlt. Dieselbe lautet:

Rp.

*Natr. subsulfuros. 4,0*

*Aq. dest. 150,0*

*Syr. simpl. 30,0*

M. D. S. Stündlich 1 Esslöffel.

Schon nach 3—4 Esslöffeln hört der Schmerz auf, die Eiterbildung wird verhindert, der Process in 24 Stunden coupirt. Aber auch bereits weiter vorgeschrittene, 3—4 Tage alte Fälle reagiren prompt; meist gelingt es binnen 2 Tagen, Resorption und Zertheilung der P. zu erzielen. Nach Ide hat das unterschwefligsaure Natron nicht nur die Kraft, die Eiterbildung zu verhindern, sondern auch die Fähigkeit, schon gebildeten Eiter unter Umständen zur Resorption zu bringen. (? Redact.).

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 43.)

**Seborrhoea capitis.** Dr. Eichhoff hatte schon bei seiner 1. Mittheilung über Captol (s. Excerpta, d. J., S. 119) dasselbe prophylaktisch in Form eines Haarwassers empfohlen. Nach seiner Angabe wird nun jetzt ein medicinisch-kosmetisches Haarwasser angefertigt (Ferd. Mühlens, Köln a. Rh.), welches auch in allen Apotheken auf ärztliche Ordination und im Handverkauf lose als Spiritus captoli compos. zu erhalten ist. Die Bestandtheile desselben sind:

Rp.

*Captol.*

*Chloral. hydrat. 1,0*

*Acid. tartaric. aa 1,0*

*Ol. Ricin. 0,5*

*Spir. vin. (65%) 100,0*

*Essent. flor. aeth. q. s.*

Hierin ist das Captol lediglich Antiseborrhoicum, das Chloralhydrat wurde noch zugefügt als neben dem Captol selbständig wirkendes, juckmilderndes Antisepticum, die Weinsäure, um die Neigung der Fleckenbildung des Captols

mit event. Eisen enthaltenden Stoffen etc. zu schwächen, resp. zu zerstören. Man reibt das Mittel am besten mit der flachen Hand ein und spült vor dem Abtrocknen zweckmässig mit klarem Wasser ab. Natürlich darf die sonstige Pflege des Kopfes (Waschungen mit Seife u. s. w.) nicht vernachlässigt werden.

(Therap. Beilage zur „Deutschen medic. Wochenschrift 1897 No. 10.)

**Syphilis.** Eine seltene Localisation von luetischem Primäraffect der Nasenschleimhaut beobachtete Dr. Jacobi (Königsberg, O.-Pr.). Ein 30jähriger, seit 1 $\frac{1}{2}$  Jahren verheiratheter Mann kam mit Klagen über Schmerzen und Verstopfung der rechten Nasenhöhle, welche Beschwerden sich seit ca. 6 Wochen geltend machten. Die äussere Nase rechts in der Gegend der Apertura pyriformis war etwas geröthet und ödematös, sowie auf Druck schmerzhaft. Beim Emporheben der Nasenspitze sah man aus der rechten Nasenhöhle schleimig-eitriges Secret herausfliessen, die linke war frei. Im Naseninnern präsentirten sich am Naseneingang normale Verhältnisse. Die untere Muschel aber erschien leicht injicirt. Die mittlere stärker geröthet und diffus geschwollen, mit sulziger, röthlich verfärbter, Himbeergelee nicht unähnlicher Schleimhaut, die bei Berührung mit der Sonde leicht blutete und intensiv schmerzte; der mittlere Theil der Concha media war auch ulcerirt und mit schmierigem Belag versehen, und die mit der Sonde deutlich fühlbare Infiltration erstreckte sich von der Mitte der Concha media nach hinten, median bis an das Septum, nach unten bis auf die untere Muschel. Dies war alles, was man Abnormes in der Nase fand, ausserdem waren am Kieferwinkel und in der Submaxillargegend einige harte, schmerzlose Drüsen fühlbar, und am ganzen Körper ein maculöses Exanthem sichtbar. Es musste sich, da die Genitalien intact waren, um Primäraffect der Nase handeln. Woher derselbe herrührte, liess sich nicht eruiern; ärztliche Instrumente u. A. waren in die Nase nicht eingeführt worden. Autor denkt an Uebertragung durch Schnupftabak, die er sehr wohl für möglich hält.

(Dermatolog. Zeitschrift 1897 Bd. IV, Heft 3.)

- **Neurosen in Folge von S.** sind nach Dr. O. Dornblüth (Rostock) durchaus nicht selten, vielmehr stösst man öfters auf Hysterie, Neurasthenie, Epilepsie luetischen Ursprungs. Häufig genug beruht die Hartnäckigkeit und Schwere solcher Fälle darauf, dass die Aetiologie zu spät erkannt wird. Besonders wichtig ist letztere für die Epilepsie, da hier, wie auch bei den anderen Neurosen, eine Quecksilbercur eclatante Erfolge zeitigt. Von Jodkali sieht man dagegen oft gar keinen Einfluss. Die gut begründete Ansicht moderner Syphilidologen, dass das Hg das Virus der S., das Jod seine organisirten Producte, d. h. die syphilitischen Granulationsgeschwülste beeinflusse, steht damit im besten Einklange. Sowohl die Neurasthenie wie die genuine Epilepsie der Syphilitischen muss als toxische Krankheit aufgefasst werden im Gegensatz zu der corticalen Epilepsie bei Arteriitis oder bei Gehirngumma; in letzteren Fällen ist das Jodkali neben dem Quecksilber allerdings unentbehrlich. — Auch hereditäre S. kann Epilepsie veranlassen, ohne dass organische Veränderungen im Gehirn vorzuliegen brauchen. Sehr interessant ferner ist, dass die hereditäre S., die bekanntlich eine häufige Ursache der Idiotie ist, zuweilen mehr functionelle Zustände von idiotischem Schwachsinn in den ersten Lebensjahren veranlasst, die auf eine antiluetische Behandlung zurückgehen können. Die vorher tief blödsinnig und benommen erscheinenden Kinder werden unter dem Einfluss einer Quecksilbercur reger, und man sieht mit Erstaunen, dass es sich bei ihrem geistigen Ausfall mehr um eine Hemmung, als um einen wirklichen Defect gehandelt haben muss. In anderen Fällen veranlasst die hereditäre S. allgemeine nervöse Störungen, eine „nervöse Anlage“. Die Pat. erscheinen meist in geringem Grade angeboren schwachsinnig, fast alle haben adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum, auf die ihre Unfähigkeit zum Lernen und Aufmerken, ihre Anfälle von Pavor nocturnus u. s. w. zurückgeführt werden, bis die Erfolglosigkeit der Operation darthut, dass doch noch eine andere Ursache da sein muss. Die Quecksilbertherapie bewirkte in solchen Fällen deutlich eine Besserung der psychischen und nervösen Erscheinungen. 2 Mal sah Autor bei Knaben mit hereditärer S. ausgebildete Zwangserkrankungen, die in diesem Alter

jedenfalls sehr selten sind. Also die ätiologische Bedeutung der erworbenen und ererbten S. für Neurosen und Epilepsie ist sicher eine sehr grosse. Man wird jedenfalls immer daran denken und in unsicheren Fällen sorgfältig auf S. fahnden müssen. Kachektisches Aussehen, frühzeitige Verblödung, häufige Kopfschmerzen und Benommenheit bei Epileptischen, kachektisches Aussehen, starke Schädel-difformitäten, missbildete und sehr schlechte Zähne und manche sogen. „scrophulöse“ Erscheinungen bei Kindern sollen diesen Verdacht sofort erwecken.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 42.)

- **Vergleiche zwischen der gewöhnlichen Inunctions- und der Welander'schen Ueberstreichungsmethode** wurden auf der Berner Klinik angestellt, wie Dr. H. Frey von da mittheilt. Mit ersterer wurden 145, mittelst letzterer 195 Pat. behandelt (bei Männern 3 gr, bei Weibern 2 gr jedesmal). Die Resultate waren nun ziemlich die gleichen, ebenso traten Neben-erscheinungen (Stomatitis etc.) bei beiden Verfahren in etwa dem gleichen Maasse auf. Daraus folgt, dass die Ueberstreichungen, da sie weniger umständlich sind und weniger reizend auf die Haut wirken, den Einreibungen vorzuziehen sind.

(Inaug.-Dissert. Bern 1896, —  
Monatshefte f. pract. Dermatologie 1897 Bd. XXV, No. 9.)

- **Haemolum hydrargyro-jodat.** wurde vor einiger Zeit von Rille (Klinik von Prof. Neumann, Wien) warm empfohlen. Derselbe ordinarite:

**Rp.**

*Haemol. hydrarg. jod. 10,0*

*Pulv. et Extr. Liq. aa q. s.*

ut f. pill. No. 50.

S. 3 Mal tägl. 2 Pillen nach dem Essen.

Rille rühmte nicht nur die Wirksamkeit des Mittels, sondern auch dessen Unschädlichkeit. „Von Nebenwirkungen ist das Jodquecksilberhaemol nicht ganz frei, doch traten dieselben niemals in solcher Schwere auf, dass sie den Fortgebrauch des Mittels verbieten würden.“ Das konnte nun Dr. Stark (Thorn) bei seinen Pat. nicht bestätigen. Von 4 Pat. konnte bei 3 derselben diese Therapie



gar nicht fortgesetzt werden, da die Nebenwirkungen (Erbrechen, Durchfall, Brustschmerzen, Schluckbehinderung) zu heftig wurden. Experimenti causa nahm Autor selbst die Pillen; nach 12 Stück musste er aber von weiteren Versuchen wegen gleicher Beschwerden ablassen. Von Idiosynkrasie gegen Hg war keine Rede, Sublimatpillen vertrugen er und seine Pat. vorzüglich.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXV 1897, No. 8.)

- Die gleichen Erfahrungen mit **Haemolum hydrargyrododot.** machte man in Prof. Zarewicz' Klinik (Krakau), wie Dr. Fr. Krzysztalowicz mittheilt. Bezüglich seiner Wirkung auf leichtere Syphiliserscheinungen stand das Präparat den anderen üblichen internen Mitteln nicht nach, eine Wirkung auf die Anaemie zeigte sich nicht. Ueberhaupt vertrugen es anämische Pat. gar nicht, bei nicht anämischen aber bedürfen wir seiner nicht!

(Archiv f. Dermatologie. u. Syphilis Bd. 40, 1897, Heft 2[3].)

- Ueber **Somatose bei S.** macht Dr. Metall (Wiener Allgem. Poliklinik) Mittheilung, der namentlich bei maligner S. das Roborans benützte, bei herabgekommenen anämischen Pat., wo sonst auf Hg-Behandlung hätte verzichtet werden müssen. Bei Somatosedarreichung konnte aber bei allen Pat. sogar die Behandlung mit hochdosirten (5%) Sublimatinjectionen durchgeführt werden, und liess auch kein Fall wegen fortschreitenden Zerfalls der Infiltrate ein Sistiren der Cur indicirt erscheinen. Die Assimilation der in Milch suspendirten Somatose ging stets in günstigster Weise vor sich, sodass die Hebung des Allgemeinbefindens für sich schon zur Abschwächung der Invasion beizusteuern vermochte.

(Wiener klin. Wochenschrift 1897 No. 36.)

- Dr. H. Paschkis (Wien) hat das **Xeroform** in über 100 Fällen von Haut- und Geschlechtskrankheiten mit eclatantem Erfolge angewandt. Exulcerirte Sklerosen heilten ebenso rasch ab, wie Ulcera molliä, Herpes praeputialis, Balanitis. Auch bei Ekzem, Ulcus cruris, Combustio bewährte sich das Mittel bestens. \*)

(Wiener klin. Rundschau 1897 No. 42.)

\*) Jüngst hat auch Dr. Metall (Wien, Allgem. Poliklinik) seine Erfahrungen an 200 Fällen mitgetheilt. Auch er erzielte bei

**Thrombosen.** Ueber einen Fall von traumatischer Throm-

**bose der unteren Hohlvene** macht Dr. H. Bohm (Hamburg, Israel. Krankenhaus) Mittheilung. Der 25jährige, am 27./II. 96 aufgenommene Glasermeister hatte keine erheblicheren Krankheiten früher durchgemacht, vor 4 Wochen aber eine fieberhafte Halsentzündung gehabt, bei der er theelöffelweise Antipyrin genommen haben soll. Vor 14 Tagen trat er beim Herabsteigen von einer Leiter aus einer Höhe von 4 Stufen fehl und verspürte dabei einen heftigen Schmerz im r. Oberschenkel und im r. Knie. Die zuerst erträglichen Schmerzen steigerten sich, während das Bein zugleich stark anschwell, schon am folgenden Tag dermaassen, dass Pat. das Bett nicht verlassen konnte und sogar in der Nachtruhe gestört war. Am 4. Tage Fieberfrost, im weiteren Verlaufe einmaliger, schnell vorübergehender Anfall von Athemnoth. Die Behandlung hatte zunächst bestanden in kalten Umschlägen, dann in Massage, zuletzt in Application von Eis. Aufnahmebefund: Grosser, gut genährter, kräftiger Mann. Puls 128, auffallend klein, regelmässig. Temperatur normal. Respiration 24—28, oberflächlich, etwas mühsam. Lungen bieten normale Verhältnisse. Herz in normalen Grenzen; 1. Ton an der Spitze zuweilen etwas unrein. Leber und Milz normal. Abdomen ohne Besonderheiten. Das r. Bein in seinem Umfang bedeutend vergrössert. Die Schwellung betrifft besonders den Oberschenkel bis zur Leistenbeuge. Die Haut ist im Allgemeinen blass, nur an den Druckstellen, besonders am Trochanter etwas geröthet. Die Schwellung ist eine pralle; sie lässt sich nicht eindrücken, man hat vielmehr undeutlich das Gefühl einer tiefen Fluctuation. Das r. Bein wenig druckempfindlich, active Bewegung ohne Schmerz. Arter. und Vena femoral. in der Leistenbeuge nicht fühlbar, ebensowenig die Vasa poplitea. Haut des Unterschenkels im Allgemeinen von gleicher Beschaffenheit, wie die des Oberschenkels, doch im unteren Abschnitt, besonders in der Um-

denselben Affectionen sehr erfreuliche Resultate und betont hauptsächlich, wie auffallend selten es bei den venerischen Geschwüren zur Adenitis kam, eine Beobachtung, die übrigens auch Paschkis hervorhebt. Metall benützte Xeroform ausserdem noch mit gutem Erfolge bei frischen Wunden, Decubitus, Panaritien, Phlegmonen u. s. w.

Red.

gebung der Malleolen, eine sich auf den Fussrücken fortsetzende ödematöse Schwellung. Am l. Beine, das auch etwas schmerzhaft sein soll, nichts Besonderes wahrnehmbar. 2 Probepunctionen im oberen und mittleren Theile des r. Oberschenkels ergaben nur Blut. Therapie: Hochlagerung, Priessnitz. Weiterer Verlauf: 29./II. Während die Schwellung rechterseits an Intensität und Ausdehnung zugenommen hat, muss Pat. heut Mittag, als er eben vom Stechbecken gehoben worden, plötzlich erbrechen und husten und expectorirt einige geballte, hellrothe Sputa. Dabei ist die Athmung noch oberflächlicher als sonst und sehr beschleunigt (36), der Puls 136, klein, regelmässig, die Herztöne leise, der l. an der Spitze unrein; RVU einzelne gröbere und feinere Geräusche hörbar. Therapie: Absolute Ruhe, flüssige Diät, Eisblase aufs Herz; Abends 0,012 Morphium innerlich. 1./III. Wegen heftiger Schmerzen im r. Bein Schlaflosigkeit. Während die Schwellung daselbst etwas zurückgegangen, tritt heut am l. unter starken Schmerzen eine der rechtsseitigen in ihrer Art völlig gleichende Anschwellung zuerst der Wade auf, dann auch in der Kniekehle und am Oberschenkel, sowie ein teigiges Oedem im Bereich der Knöchel. Auch heut noch vereinzelte blutige Sputa. 2./III. Schwellung rechts etwas geringer, links bedeutend stärker, auch weiter auf den Rumpf bis zur Nabelhöhe fortgesetzt. An beiden Aa. femorales kein Puls fühlbar. In der Gegend der Leistenbeuge beiderseits, aber links ausgeprägter, fleckungsweise bläuliche Verfärbung der Haut. Abends Temp. 38,5° (die einzige fieberhafte Temperatur in der ganzen Beobachtungszeit). 4./III. Unter starken Schmerzen hat sich eine tiefe Cyanose beider Füsse ausgebildet, links stärker als rechts. Dabei Sensibilität der Haut bis zum Knie herauf beträchtlich herabgesetzt. Es werden Horizontallagerung und heisse trockene Umschläge ordinirt, wonach aber die Schwellung der Extremitäten noch zunimmt. Auf der Lunge vorn überall vesiculäres Athmen, in den seitlichen, abhängigen Parthieen mehrfach kleinblasiges Rasseln. Leber reicht bis zum Rippenbogen, Milz nicht nachweislich vergrössert. Mittags 2 Uhr wieder ein kurzer Anfall von Athemnoth, Angstgefühl, Blässe und Cyanose der Gesichtshaut. Puls 128,

Temp. 36,9°, Respiration 40; Herztöne unrein. 5./III. In der Nacht ähnlicher Anfall. Am 1. Fusse ausgesprochene Gangrän, rechts ebenfalls in Entwicklung. Im Laufe des Tages Puls immer elender, dazu wiederholt Attaquen stärkerer Athemnoth, Campher. Nachmittags 4 Uhr wird Pat. plötzlich blass, das Gesicht verzieht sich nach einer Seite, die Pupillen werden schnell weit, reactionslos, Cheyne-Stokes'sches Athmen, nach  $\frac{1}{4}$  Stunde Exitus letalis. Auszug aus dem Sectionsprotokoll: Im Herzbeutel keine abnorme Flüssigkeit. Herz von entsprechender Grösse. Im r. Ventrikel und Vorhof reichlich flüssiges Blut und dunkelglänzende Cruormassen, aber nichts von Thromben zu sehen. Im l. Herzen ebenfalls Cruormassen. Grösse der Ventrikel, Dicke der Muskulatur, Klappen normal. Coronararterien zartwandig. Im Hauptstamm der l. Lungenarterie ein daumendicker, gelblich-weisser Pfropf, der sich in mehreren Richtungen gablig in die Lungenarterien hinein verästelt, und zwar bis auf Strecken von 10—15 cm, bis in die Aeste 3. und 4. Ordnung. Lungengewebe im allgemeinen lufthaltig, trocken; zahlreiche, frische, dunkelrothe Infarcte in beiden Lappen. Rechts Hauptäste der Lungenarterie noch frei, erst die Aeste 2. und 3. Ordnung verstopft; Infarcte in geringerer Ausdehnung. Vena cava infer. in ihrem Hauptstamm von unten her bis eine Fingerbreite unterhalb der Einmündung der Nierenvenen vollkommen durch eine weiche Gerinnsmasse verschlossen, welche sich in beide Vv. iliacae und crurales festsetzt. Der Thrombus haftet in den Schenkelvenen der Wand fest an, lässt sich aber höher oben, besonders in der Hohlvene, meistens leicht lösen. An seinem centralen Ende ist er in der Mitte erweicht und enthält graurothe, breiig zerfallene Massen, erst etwa 3 cm weiter abwärts ist er von der derben, soliden Beschaffenheit, wie der Embolus im Hauptstamm der l. Lungenarterie. Auf beiden Seiten setzt sich der Thrombus nach abwärts in die Vena saphena hinein fort und deren Seitenäste, sodass auch die kleineren Venen an der Innenseite des Oberschenkels vollkommen verstopft sind. Muskulatur an der Hinterseite des r. Oberschenkels in ausgedehnter Weise blutig infiltrirt. — Also bei einem kräftigen, gesunden, jungen Manne hat sich im Anschluss an ein geringfügiges Trauma, das in einer Zerrung der Muskeln an der Beugeseite des

r. Oberschenkels und einem Bluterguss in dieselben bestand, eine Thrombose, zunächst wohl nur einiger kleiner, durch das Trauma direct beschädigter Venen gebildet, die sich aber dann in die Vena cruralis, in dieser fernerhin aufwärts in die Vena iliaca und cava infer. fortsetzte, ja von hier aus auf der linken Seite in gleicher Ausdehnung wieder hinabstieg, allenthalben zu Schwellungen, dann zu Gangrän führend, durch Loslösung von Partikelchen auch zu mehrfachen Embolien in die Lungengefässe hinein, wodurch der tödtliche Ausgang zu Stande kam. Fast ein Unicum in der Litteratur! Autor fand nur einen ähnlichen Fall, beschrieben von Coombs (Lancet 1874): Einem 57jährigen Manne war ein Balken auf den Oberschenkel gefallen, dicht oberhalb des Knies. Zuerst zeigte sich eine leichte weiche Anschwellung an der inneren Seite des Oberschenkels. Bald begann das ganze Bein zu schwellen, und mehrtägiges Erbrechen trat ein. Dann folgte das andere Bein, die Hinterbacken, Unterleib und Rücken bis zu den Spinae scapulae. Nach 4 Monaten waren die Oedeme wieder verschwunden, Pat. wurde wieder arbeitsfähig. Also auch hier eine aus der Cruralvene sich in die V. cava und die Schenkelvene der anderen Seite fortpflanzende Thrombose, die trotz eingreifender Störungen sich soweit wieder zurückbildete, dass der Pat. wieder ganz gesund wurde. Krauss betonte in einer Dissertation (1892), dass die Prognose des Verschlusses der unteren Hohlvene hauptsächlich abhängt vom Grundeiden und von der Entwicklung des Collateralkreislaufes. Er fand unter 102 Fällen 8 traumatische, und zwar handelte es sich hier fast ausschliesslich um schwerere, gewöhnlich mit Knochenbrüchen einhergehende Verletzungen. Trotzdem ergab sich eine ziemlich günstige Prognose solcher Fälle, da meist ein schnell sich ausbildender Collateralkreislauf die Störungen nothdürftig ausglich oder gar dauernd in Thätigkeit blieb, wenn die Thromben sich nicht organisirten und so allmählig wieder in mehr oder weniger beschränktem Maasse die Passage in die alten Bahnen freigaben. Um so schwerer war der Ausgang des obigen Falles zu erklären. Die Angehörigen gaben den grossen, vor dem Unfall verabreichten Antipyrin-Gaben die Schuld, an die aber Autor nicht glaubt; wir kennen kein

Mittel, das, ohne andere Zeichen gestörter Gesundheit, die Beschaffenheit des Blutes oder die Blutdruckverhältnisse so verändert, dass dadurch eine länger anhaltende Prädisposition für so weitreichende, thrombotische Verhältnisse geschaffen wurde. Sicher hat das Trauma hier den ersten Anstoss zur Thrombose gegeben. Ob vielleicht vorher die Herzthätigkeit durch irgend etwas geschädigt worden war, dafür fehlten die Beweise; ausser Zartwandigkeit der Coronararterien war bei der Section am Herzen nichts gefunden worden. Allerdings war der Puls schon bei der Aufnahme auffallend klein. Doch der Pat. gelangte eben erst 14 Tage nach dem Unfall in Behandlung, wo die Blutstockung bereits in die Vena cava hinaufreichte und das Herz im Kampfe gegen ein solches Hinderniss schon zu ermatten begann, was auch zur Erklärung der Unreinheit des 1. Herztones sicherlich genügt; für diese Auffassung sprach auch der Umstand, dass dieses Geräusch anfangs nur an der Spitze zu constatiren war, mit Zunahme der Circulationsstörung aber schliesslich über dem ganzen Herzen gehört wurde. Unklar blieben also die Momente für den üblen Ausgang, klar aber das Moment des Entstehens, das Trauma, das auch die Unfallsversicherungsgesellschaft anerkannte.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 43.)

- 2 **Fälle von Sinusthrombose des Sinus longitudinalis** besprach Prof. Heubner (Berlin): Das 1. Kind, etwa 8 Wochen alt, war bei der Aufnahme (am 16./II.) in schwerem Choleracollaps und drohte, an demselben Tage zu Grunde zu gehen. 2 Mal täglich vorgenommene subcutane Kochsalzinfusionen verhinderten das, aber die ersten 3 Tage bestand vollständige Anurie. Erst am 20./II. entleerte es einen stark eiweisshaltigen und an Cylindern reichen Urin. Es fing auch an zu trinken, bekam breiigen Stuhlgang und befand sich in einem Zustande, den man unter Analogie mit der Cholera asiatica etwa als unvollständige Reaction bezeichnen könnte. Da begann es sehr stark zu erbleichen und soporös zu werden; man vermuthete die Entwicklung eines Hydrocephaloides. Auf einmal kamen Krämpfe dazu, und jetzt fing auch in den Intervallen zwischen den Krämpfen die eingesunkene Fontanelle an sich zu wölben und zu

spannen. Es trat Nackenstarre ein und Tremor, sodass Verdacht auf eine meningitische Affection entstand. Bei einer Spinalpunction fand sich reichliche, etwas bluthaltige, aber nicht eitrige Flüssigkeit; die Diagnose Meningitis konnte nicht aufrecht erhalten werden. Am nächsten Tage starb das Kind, und bei der Section stiess man auf eine schwere Thrombose des Sinus longitudinalis. Das Kind hatte übrigens auch eine eitrige Otitis media. Was nun aber diesem Falle ein besonderes Gepräge verlieh, war der bakterielle Befund in der Spinalflüssigkeit. Es fanden sich hier Pneumokokken, desgleichen im Thrombus. Dadurch war die Vermuthung nahegelegt, dass diese Thrombose mit einer Infection des Schädelinhalts durch Pneumokokken im Zusammenhang stand. Dieser Befund mahnt uns, in allen zukünftigen Fällen von bisher sogen. „marantischer“ Sinusthrombose an die Möglichkeit einer septischen Ursache der Thrombose zu denken. Wie nun freilich hier gerade Pneumokokken in den Sack der Hirnhäute gekommen sind, das ist schwer zu sagen, da die Lungen vollkommen gesund waren; es wäre daran zu denken, ob doch nicht vom Ohre aus bei einem in seiner Resistenz so schwer heimgesuchten Organismus diese Infection eingetreten ist. Auch diagnostisch ist der Fall nicht ganz werthlos. Gerade für die Th. des Sinus longitudinalis haben wir wenig klinische Anhaltspunkte; man wird künftig 2 Momente, die jener Fall darbot, vielleicht benützen können; die während des hydrocephaloiden Zustandes sich vollziehende Wölbung und Spannung der vorher eingesunkenen Fontanelle und den Blutgehalt der bei der Lumbalpunction gewonnenen Flüssigkeit. — Der 2. Fall betraf ein  $\frac{1}{2}$ jähriges Kind, welches 8 Wochen lang an Ekzemen und Abscessen gelitten hatte, und dessen Ekzeme sich in bösartiger Weise 4 Tage vor der Aufnahme verschlimmert hatten. Krusten mit stark entzündlicher Umgebung wechselten ab mit grossen Eiterblasen, deren Grund nach Oeffnung fortwährend blutete. Nach einigen Tagen ging das Fieber etwas herunter; mit einem Male stieg es wieder stark in die Höhe, und in derselben Zeit bekam das Kind schweren Darmkatarrh, stark schleimige Stühle und am nächsten Tage einen Anfall von heftigen Krämpfen. Die gewöhnlichen narko-

tischen Mittel kamen nur langsam und ungenügend zur Wirkung. Das Kind verfiel in einen Zustand von Tremor, es erfolgten gellende Aufschreie, und unter diesen Erscheinungen ging es  $1\frac{1}{2}$  Tage nach Beginn der Krämpfe zu Grunde. Auch hier fand sich ganz ausgedehnte Thrombose des Sinus longitudinalis mit starken Blutungen. Auch hier war die Spinalpunction vorgenommen worden und eine ganz wenig bluthaltige Flüssigkeit entleert, in der Streptokokken nachweisbar waren, ebenso wie im Thrombus. Es handelte sich also wahrscheinlich um eine von dem Ekzem ausgegangene Streptokokkeninvasion in die Schädelhöhle, die eine Thrombose veranlasste, welche früher als „marantische“ bezeichnet worden wäre. Auch die terminale schwere Darmerkrankung war ohne Zweifel Folge der septischen Allgemeininfektion.

(Gesellschaft der Charité-Aerzte, 11. März 1897. —  
(Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 44.)

**Tumoren.** Ueber die Bedeutung von Traumen für die Entwicklung von Intestinalcarcinomen mit besonderer Berücksichtigung der Unfallversicherung hielt Dr. J. Boas (Berlin) einen Vortrag, nachdem er seit längerer Zeit die in Frage kommenden disponirenden Momente statistisch bearbeitet hatte. Die Zahlen sind freilich zu klein, um bereits endgültige Schlüsse zu gestatten, doch traten 2 Momente ganz plastisch heraus: Heredität und Trauma. Unter 62 Fällen von Intestinalcarcinomen (33 Magen, 20 Speiseröhre, Dickdarm 2, Rectum 1, Leber 3, Netz 1, unbestimmter Sitz 1) war bloss 3 Mal (Magencarcinom) Erblichkeit in directer Linie angegeben; familiäre Disposition fand sich häufiger (7 Mal Geschwister an Carcinom leidend). Jedenfalls spielt das hereditäre Moment eine ausserordentlich geringe Rolle. Anders das Trauma, d. h. eine einmalige Gewalteinwirkung (dauernde mechanische Schädigungen, interne Reize seien hier ausgeschlossen!), wenn auch die Zahl der bisher publicirten Fälle noch keine grosse ist. Autor hat unter den 62 Fällen 9 Mal vorausgegangenes Trauma eruiren können, und zwar war letzteres der Krebs-erkrankung vorausgegangen vor 4 Jahren 3 Mal, vor 1 Jahr 1 Mal, vor 10 Monaten 2 Mal, vor



2 $\frac{1}{2}$  Monaten 1 Mal, vor 2 Monaten 1 Mal; Sitz waren Oesophagus 2 Mal, Leber 1 Mal, Magen 6 Mal, Sitz des Traumas war 4 Mal das Abdomen, 2 Mal der Rücken, 1 Mal der Hinterkopf, 2 Mal Schulter resp. Brust. Wenn man diese Statistik ausbeuten will, muss man sich erst fragen, ob das Carcinom des Intestinalbezirkes ein lang- oder kurzdauerndes Leiden ist. Autor ist entschieden der ersteren Ansicht und er verfügt über Fälle, die mit Evidenz zeigen, dass vor der Vollentwicklung des destruirenden Processes schon Monate, resp. Jahre lange Schwankungen lokalen- und Allgemeinbefindens stattfinden können, die oft nur deshalb nicht recht zum Ausdruck kamen, weil sie eben leichter und vorübergehender Natur waren. Wichtiger noch sind Sectionsbefunde von kleinen, offenbar frischen Carcinomen, die als Nebenfund bei Individuen beobachtet sind, die niemals intra vitam über irgendwelche Störungen Seitens des Verdauungsapparats zu klagen hatten. Es kann also unzweifelhaft ein Latenzstadium des Carcinoms vorkommen! Man ist sogar berechtigt, anzunehmen, dass die erste Anlage zum Carcinom Jahre lang bestehen kann, bis durch irgend ein unglückliches Ereigniss eine bedeutende Proliferation der bis dahin wenig activen Zellen hervorgerufen wird, ebenso wie es nicht ausgeschlossen ist, dass auch einmal solch ein kleiner primärer Krebsknoten mangels günstiger Propagationsverhältnisse zurückgehen kann. Zu jenen unglücklichen Ereignissen gehören in erster Linie wiederholte mechanische Reizungen, und gerade der Intestinalapparat ist eine classische Illustration hierfür mit der Häufigkeit der Carcinome in den Eingangs- und Ausgangspforten des Verdauungsschlauches, während der mittlere Abschnitt, der durch die eigenthümlich schlüpfrig-breiige Beschaffenheit seines Inhalts mechanische, aber auch chemische Reizungen gar nicht oder schwer aufkommen lässt, einen für den Carcinomparasitismus fast sterilen Boden zeigt. Das Gleiche gilt auch für Traumen. Nach Boas' Ansicht trifft das Trauma ein latent bereits vorhandenes, aber nicht entwicklungsfähiges Carcinom! Das Trauma ist nur die Ursache seines Wachsthums! Das genügt aber, um Anspruch auf Unfallentschädigung

zu erheben. In der Auslegung des Reichsversicherungsamts heisst es: „Das Gesetz fordert nicht, dass die Gesundheitsstörung eine unmittelbare Folge der schädigenden, und ebensowenig, dass der Betriebsunfall die alleinige Ursache der Erkrankung und des Todes gewesen sein müsse. Ein ursächlicher Zusammenhang ist vielmehr auch in denjenigen Fällen anzunehmen, in welchen eine äussere, bei der Betriebsthätigkeit wirksam gewordene schädigende Einwirkung auf den Körper des Betroffenen zu einer Verschlimmerung eines bereits bestehenden oder in der Anlage vorhandenen Leidens beigetragen hat.“ Das Gesetz verlangt ferner nicht einen zwingenden Beweis für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Betriebsunfall und Krankheit, sondern es genügt schon eine hohe Wahrscheinlichkeit. Demnach ist es ohne Weiteres im Princip gestattet, den ursächlichen Zusammenhang zwischen Trauma und Carcinom zu bejahen. Freilich werden im einzelnen Falle noch Schwierigkeiten zu überwinden sein. So werden z. B. von Wichtigkeit sein die Art des Traumas und die betroffenen Körperregionen. Intestinalcarcinome werden nur dann als traumatische betrachtet werden können, wenn die Gewalteinwirkung keine locale, sondern eine allgemeine war. Besonders wahrscheinlich wird der Zusammenhang, wenn es sich um eine Verletzung des Brustkorbes, des Rückens, besonders natürlich der Baueingeweide, handelte, gleichgültig, welcher sonstigen Art das Trauma war. Ein Trauma, das z. B. ausschliesslich die Extremitäten betrifft, wenn es nicht nachweisbar zugleich mit einer Erschütterung des ganzen Körpers verbunden war, kann niemals als ursächliches Moment für ein später auftretendes Intestinalcarcinom gelten. Von grösster Bedeutung für die Abschätzung der Unfallrente ist weiter der Umstand, ob das Individuum als ganz gesundes, resp. latent erkranktes oder bereits krebserkranktes vom Trauma betroffen ist. Das Trauma trifft ja oft ein bereits vorhandenes, aber nicht entwicklungsfähiges Carcinom. Hätte sich dasselbe nun nothwendiger Weise auch ohne Trauma entwickeln müssen? Das lässt sich mit Sicherheit nicht beantworten, aber man kann jedenfalls soweit gehen, die Frage mindestens offen zu lassen. Eine weitere wich-

tige Frage ist die: Welche Zeit kann in maximo oder minimo dem Trauma vorausgehen, um mit Wahrscheinlichkeit die Annahme eines ätiologischen Zusammenhanges zu gestatten? Boas sieht 4—5 Jahre für die äusserste Zeit an,  $\frac{1}{2}$  Jahr als die unterste Zahl. Das sind allerdings nur Durchschnittszahlen. Je enger Trauma und Erkrankung zeitlich zusammenrücken, um so weniger wahrscheinlich wird der Zusammenhang; hier tritt dann eher die Vermuthung auf, dass der Unfall ein schon vorhandenes, also nicht mehr latentes Leiden nur gesteigert hat, was ja auch Recht auf Entschädigungsanspruch giebt, der sich aber im Wesentlichen nur auf die Differenz zwischen der natürlichen und der durch das Trauma abgekürzten Lebensdauer erstrecken könnte. Wichtig ist auch das Alter des Pat. Je jünger letzterer ist, um so wahrscheinlicher der Connex. Muss endlich der Sitz der Erkrankung, um eine ätiologische Wahrscheinlichkeit zu begründen, nothwendiger Weise auch Zeichen einer stattgehabten Verletzung aufweisen? Die Frage ist vor Kurzem von Pollnow in einem Gutachten bejaht worden, wo es sich um folgenden Fall handelte: „61jähriger Bremser, früher gesund. Heftiger Sturz vom Tritt eines Eisenbahnwagens mit Quetschung des linken Oberschenkels, des linken Schultergelenks und starkem Bluterguss; nach 6 Monaten zunehmende Schwäche, Magenbeschwerden; nach weiteren 2 Monaten Tumoren in der Oberbauchgegend und in der Leber; kurz darauf Exitus. Die Section ergab ein primäres Magencarcinom, Metastasen in der Leber und der rechten 1. und 6. Rippe“. Mit Rücksicht auf das Fehlen von Verletzungen der Baueingeweide und da die Krebstumoren der Rippe, die von der Contusion hätten betroffen sein können, secundärer Natur waren, erklärte Pollnow einen Zusammenhang der Erkrankung mit dem Trauma für durchaus unwahrscheinlich. Boas kann sich dem nicht anschliessen, da seiner Meinung nach zur Entwicklung eines Intestinalcarcinoms keineswegs eine Verletzung der Baueingeweide erforderlich ist, sondern schon eine in einem Organ erzeugte starke Erschütterung, wie wir durch analoge Fälle besonders bei Gehirngeschwülsten wissen, genügt, um ein latent vorhandenes Carcinom zur Entwicklung

gelangen zu lassen; keinesfalls kann dann aber das Vorhandensein von metastatischen Carcinomen an den Rippen gegen den ätiologischen Zusammenhang sprechen. Andererseits giebt es Fälle, wo man ohne Weiteres den Zusammenhang wird ablehnen können. Wenn es sich z. B. um einen Fall oder Stoss auf die Lebergegend handelt, und der Unfallverletzte später ein Lebercarcinom bekäme, bei der Section aber ein bis dahin unbeachtetes kleines Rectumcarcinom als primärer Sitz des Leidens sich ergeben würde, so wäre der ätiologische Zusammenhang zwischen Trauma und Leberkrebs mit grösster Wahrscheinlichkeit auszuschliessen. Auch andere Gesichtspunkte werden manchmal in Betracht kommen, jeder Fall wird also individuelle Beurtheilung erheischen, und oben sollen bloss Leitsätze zur allgemeinen Beurtheilung gegeben sein.

(Verein f. innere Medicin zu Berlin, 21. Juni 1897. —  
Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 44.)

- Eine von Dr. E. Schmidt (Meissen) publicirte Mittheilung über **Carcinom des Larynx** zeigt, wie trotz sicheren mikroskopischen Nachweises von Carcinom durch probeweise aus dem Larynx excidirte Partikel eine Täuschung über den Sitz des Carcinoms möglich ist. Mitte November 1896 erschien beim Autor eine etwa 50 Jahre alte Frau von gesundem Aussehen mit der Klage, sie spüre etwas im Halse, als ob der Bissen nicht recht herunter wolle. Es fand sich eine Schwellung, die sich von der hinteren Fläche des rechten Aryknorpels nach dem linken hinüberzog, von normaler Schleimhaut bedeckt, ziemlich circumscript und bei Berühren mit der Kehlkopfsonde weich, eindrückbar und im Ganzen etwas auf der Unterlage verschieblich. Ausserdem war deutlich ein Nachschleppen des rechten Stimmbandes beim Intoniren zu sehen, obgleich die Stimmbänder ganz gut schlossen. Die Schwellung sah noch am ehesten einer tuberculösen Infiltration ähnlich, weshalb Autor auch einige Male mit Acid. lactic. (50 %) pinselte. Da sich jedoch die Schwellung nicht veränderte und wenig Beschwerden machte, auch die Lungen frei waren, so bestellte Autor die Pat. nur öfters zwecks weiterer Beobachtung zu sich. Im März 1897 stellten sich zeitweilig Schmerzen beim

Schlucken ein, und es fanden sich jetzt auf dem rechten Aryknorpel, inmitten der Schwellung, zwei weisslich-graue Knötchen, ähnlich kleinen Hautwarzen, auch bei Berührung mit der Sonde der Resistenz nach diesen vergleichbar. Es wurde mit der Mackenzie'schen Zange ein solches Knötchen entnommen und mikroskopisch untersucht, wobei es sich herausstellte, dass nicht Carcinom, sondern nur Plattenzellwucherung vorlag. Die Schmerzen wurden immer heftiger, weshalb nach einigen Wochen nochmals ein Probestück excidirt wurde; Medicinalrath Dr. Schmorl (Dresden) constatirte Carcinom. Autor veranlasste nun die Pat., sich operiren zu lassen, besonders da er glaubte, die frühesten Anfänge eines Larynxcarcinoms vor sich zu haben und deshalb auch eine gute Prognose für den Erfolg einer Totalexstirpation des Larynx annahm. Geheimrath Stelzner (Dresden, Stadtkrankenhaus), zu dem sich Pat. begab, zögerte einige Zeit mit der Operation, da momentan im Larynx nichts zu sehen war, als eine kleine, mit Eiter belegte Stelle, herrührend von der Probeexcision auf dem rechten Aryknorpel, und nur die erneute Versicherung des pathologischen Anatomen, dass das excidirte Stück carcinomatös gewesen sei, und der Ausspruch eines bekannten Spezialisten, dass das Nachschleppen des rechten Stimmbandes eine Erkrankung in der Tiefe des Larynx vermuthen lasse, bestimmten ihn zur Operation. Es wurde der Kehlkopf in der Mittellinie gespalten, und da sich auch dabei nichts Pathologisches finden liess, wurden nur die verdächtigen Aryknorpel mit der Scheere abgetragen. Die Operation verlief ohne Störung, am 4. Tage jedoch Pneumonie mit letalem Ausgang. Die Section ergab ein hochsitzendes, flaches, geschwüriges Carcinom des Oesophagus über der Platte des Ringknorpels. Die Veränderungen an den Aryknorpeln waren also nur Fortsetzungen des weiter unten sitzenden Processes gewesen; dabei war sicher das rechte Cricoarytaenoidgelenk mit ergriffen worden und deshalb das rechte Stimmband schwerer beweglich. Wenn man sich auch über den Sitz des Tumors getäuscht hatte, so hat sich doch auch hier das eine Symptom als sehr ernstes und wich-

tiges ergeben: die Schwerbeweglichkeit des einen Stimmbandes.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 45.)

- Auf den Zusammenhang zwischen Conjunctivitis follicularis mit Molluscum contagiosum macht Docent Dr. Elschnig (Wien) aufmerksam. Dass ekzematöse Affektionen der Lidhaut zu den häufigsten Ursachen von Bindehautkatarrh gehören, ist bekannt, während jener Zusammenhang fast ganz vernachlässigt wird, obwohl er für die Praxis sehr wichtig ist. Heilen doch solche Katarrhe trotz Wochen langer Behandlung nicht, weil eben die Ursache, ein kleines Geschwülstchen am Lide, übersehen und nicht entfernt wird. Autor hat mehrere solcher Fälle gesehen und auch den Erfolg der Exstirpation jener Tumoren constatiren können. Besonders verdächtig sind natürlich einseitige Follicularkatarrhe bei ihrer sonstigen Seltenheit, wenn auch an dem geschwulstfreien Auge später sich die Entzündung, wenn auch gewöhnlich in milderer Weise, einstellen kann. Das Molluscum contagiosum übt aber nicht etwa einen specifischen Einfluss auf die Conjunctiva aus, sondern die Wirkung ist einfach eine reizende, indem entweder reflectorisch oder direct durch Hineingelangen abgestossener Epidermispartikel in den Bindehautsack ein Reizzustand der Bindehaut gesetzt wird, welcher die Disposition zum Auftreten der folliculären Bindehautentzündung abgibt. In einem Falle des Autors wurde durch diesen Reiz nur ein einfacher chronischer Bindehautkatarrh verursacht, ebenso wie auch andere T. am Lide, z. B. kleine Papillome, Ekzemefflorescenzen etc. die Ursache der Conjunctivitis werden können.

(Wiener klin. Wochenschrift 1897 Nr. 43.)

- Den localdiagnostischen Werth der Neuritis optica bei Gehirntumoren suchte Martin (London) auf Grund einer Statistik von 600 Fällen festzustellen. Diese ergab zunächst:
1. dass 68,8 % aller Fälle von Gehirntumoren auf das männliche Geschlecht entfallen;
  2. dass die häufigste Art des Gehirntumors das Sarkom ist (Gliome und tuberculöse T. sind von etwa gleicher Frequenz);

3. dass Kopfschmerzen häufiger fehlen in Fällen, wo der Tumor in der motorischen Sphäre oder im Corpus callosum, als anderswo localisirt ist;
4. dass der Tumor sich gewöhnlich auf der Seite befindet, an welcher ein Strabismus internus, wenn ein solcher vorhanden ist, bemerkt wird.

Was nun den localdiagnostischen Werth der Neuritis optica anbetrifft, so sind in dieser Hinsicht absolut sichere Anhaltspunkte noch nicht gewonnen worden. Wenn eine Differenz in der Intensität der Neuritis optica auf beiden Augen besteht, so ist eine mehr als doppelt so grosse Wahrscheinlichkeit vorhanden, dass der Tumor sich auf der Seite befindet, die der markirteren Neuritis entspricht. Im Uebrigen hat Autor nur noch festgestellt:

- a) dass die Neuritis optica constant bei T. der Corpora quadrigemina vorhanden ist;
- b) dass sie auch bei Kleinhirntumoren und bei T. des hinteren Theiles des Grosshirns in 89 % der Fälle anwesend ist;
- c) dass sie in fast  $\frac{2}{3}$  aller Fälle von T. des Pons, der Medulla oblongata und des Corpus callosum nicht vorhanden ist;
- d) dass sie bei tuberculösen T. oft fehlt, aber bei Gliomen und cystischen T. gewöhnlich anwesend ist.

Dies entspricht ungefähr den Erfahrungen, die auch andere Autoren gemacht haben, die in der Majorität sind, während vereinzelte anderslautende von Martin nicht bestätigt werden konnten.

## Vermischtes.

---

- **Einige praktische Neuerungen an der Pravazspritze** hat Instrumentenmacher E. Kraus (Berlin S., Kommandantenstr. 55) angebracht. Die gewöhnlichen Etuis enthalten nur 2 Canülen, sodass, wenn z. B. eine verstopft ist und die andere beim Gebrauch plötzlich abbricht, der Arzt in Verlegenheit kommen kann. Nun hat Kraus nicht, wie sonst gebräuchlich, mit den auf den Spritzenkopf aufzusteckenden oder aufzuschraubenden Aufsatz die Canülen untrennbar verbunden, sondern er hat letztere nur in einen kleinen Conus aus weichem Metall eingelassen, der von einer entsprechend gearbeiteten Schraubkapsel aufgenommen wird, welche eine dichte Verbindung der Canüle mit der Spritze und eine schnelle Auswechselung derselben gestattet. Durch den Fortfall des Ansatzstückes nehmen die Canülen einen so kleinen Raum ein, dass in einem kleinen Glaszylinder, der bequem in dem Etui Platz findet, 6 Canülen untergebracht werden können, was ja aus vielen Gründen erwünscht ist. Auch Etuis mit 2 Cylindern zu je 6 Canülen werden angefertigt, die nur wenig grösser sind und 2 Zwischenstücke enthalten, von denen das eine längere eine Verkürzung des freien Canülenstückes bewirkt und dadurch die Spritze für zahnärztlichen Gebrauch geeignet macht. Um das Austrocknen des Kolbens zu verhüten, wird bei Nichtgebrauch der Spritze ein kleines Hütchen auf den Spritzenkopf geschraubt. Diese neuen Spritzen sind nicht theurer, als die gewöhnlichen.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1897 No. 88.)

- **Ueber ein eigenthümliches Verhalten des Uterus beim Einführen von Instrumenten** macht Privatdoc. Dr. O. Beuttner (Genf) Mittheilung: Jeder, der schon eine



grössere Anzahl von Curettements ausgeführt hat, hat gewiss schon die Erfahrung gemacht, dass die Uteruswand plötzlich enorm zu erschlaffen im Stande ist, und zwar dermaassen, dass die Curette nirgends mehr auf feste Uteruswand stösst, sodass man glauben könnte, den Uterus perforirt zu haben. Physiologisch-anatomisch ist dies Phänomen noch nicht klargestellt. Aehnliches constatirte nun Autor bei einer 24jährigen Pat., die vor 3 Monaten einen 2. Abort überstanden hatte und seit dieser Zeit über starkes Schwächegefühl, Kopf- und Magenschmerzen, abundanten Fluor klagte. Es war Endometritis catarrhalis und Retroflexio vorhanden. In Aethernarkose Reposition des kleinen Uterus; die Uterussonde dringt auf 7 cm ein. Dilatation des Cervicalcanals (behufs Curettement) mit Schultze'schen Dilatatoren bis zu Nr. 10; dabei fällt sofort auf, dass die letzteren ohne Kraftaufwand leicht bis auf 13—14 cm eindringen. Sobald der Dilator entfernt wurde und man bimanuell untersuchte, präsentirte sich die Gebärmutter in der gefundenen Länge von ca. 7 cm. Dies Experiment wurde mehrmals wiederholt. Vorsichtiges Curettement, dabei sehr starke Blutung. Der Uterus hatte immer die Tendenz zu erschlaffen, jedoch nicht in dem Maasse, wie bei Einführung der Dilatationsinstrumente. Intrauterine Sublimatausspülung (1 : 1000), leichte Cervix-Jodoformgaze-Drainage, Pessar. Normaler Verlauf, Heilung mit Pessar. 2 Monate nach diesem Falle sah Autor einen anderen, gleichfalls interessanten. 30jährige Pat. consultirte ihn zum 1. Mal am 7./V. 97 wegen Leibschmerzen, Appetitmangel, Nervosität und weissen Fluss. Uterus retrovertirt, im linken Scheidengewölbe eine undeutliche Resistenz. Da Patientin die Bauchmuskulatur nicht gut entspannen kann, Beckenhochlagerung, worauf sich die Resistenz gut abtasten lässt (altes parametranes Exsudat); Cervixriss in der Medianlinie der vorderen Muttermundslippe. Behandlung: Ichthyoltampon, heisse Vaginaldouchen, Sitzbäder, Massage in Beckenhochlagerung. 20./V.: In Beckenhochlagerung Reposition des etwas vergrösserten Uterus, Pessar. 2./VII.: Patientin verliert ein faustgrosses Stück Blut; Abort. 30./VII.: Grosse Schwäche, röthlicher Ausfluss. Salipyrin. Uterus klein, antiflectirt (Pat. ohne Pessar seit dem Abort). 13./VIII.: Patientin blutet

enorm. Curettement vorgeschlagen und Anfrischung jenes Cervixrisses. 14./VIII.: Aethernarkose. Bei der Dilatation des Cervicalcanals dringen die Schultze'schen Dilatatoren auf circa 8 cm ein; werden selbe nun entfernt und die Uterussonde eingeführt, so dringt diese auf circa 20 cm ein. Sie ward ganz sachte eingeführt, bis man auf leichten Widerstand stiess; wurde sie herausgezogen und ein voluminöseres Instrument in die Uterushöhle eingebracht, so konnte ein solches nur 8—9 cm weit vorgeschoben werden. Dies Experiment wurde mehrmals wiederholt. Bei bimanueller Untersuchung Uterus stets klein und antiflectirt. Vorsichtiges Curettement. Es blutet enorm. Curette dringt auf 8 cm ein. Intrauterine Sublimatausspülung. Jodoformgaze-Drainage, Anfrischung des Risses, 3 Seidensuturen. 15./VIII.: In der vergangenen Nacht etwas Diarrhoe, wobei weisse Fetzchen abgegangen sein sollen. Temperatur und Puls normal. Abdomen absolut unempfindlich bei Betastung. Entfernung der Jodoformgaze aus dem Uterus. Patientin klagt über Schmerzen im Zahnfleisch; kein Belag. 16./VIII.: Temp. und Puls normal. Schmerzen in der Zunge und im Hals; am rechten Zungenrand einige Plaques; Harn enthält kein Hg. 28./VIII.: Entfernung der Suturen, Wohlbefinden. Beide Fälle hatten das Gemeinsame, dass sie schwächliche, nervöse Frauen betrafen, die vor nicht allzulanger Zeit einen Abort überstanden und beim Curettement sehr stark bluteten. Während aber bei Fall 1 durch ein voluminöses Instrument der Uterus erschlafft, ist bei Fall 2 umgekehrt Contraction dabei vorhanden, Erschlaffung aber bei Eindringen einer Sonde. Woher diese Verschiedenheiten kommen, ist dunkel. Im 1. Fall ist Uterusperforation ganz ausgeschlossen, und auch bei Fall 2 verneint Autor eine solche entschieden trotz der leichten Sublimatintoxication; die Resorption des Sublimats war bei dem schlaffen Organ auch möglich ohne Perforation, die bei der vorsichtigen Einführung der Sonde, bei der deutlich der Widerstand der Uteruswand gefühlt wurde, kaum geschehen sein konnte.

- **Nosophen und seine Salze** wandte Dr. Schön-Ladniewski (Lemberg) extern und intern bei etwa 100 Kindern an und erzielte mit diesen Präparaten (chemische Fabrik „Rhenania“ in Aachen) erfreuliche Resultate. Extern übte zunächst eine 5—10 %ige Nosophen-Lanolinsalbe eine eclatante Wirkung bei nässenden Ekzemen aus. Bei Intertrigo am Halse, Gesäss und den Schenkelbeugen brachte ein Streupulver von Nosophen, Amyl. aa stets rasche Heilung. Auch 7 Fälle von Nabel-Blennorrhoe wurden durch das Streupulver sehr günstig beeinflusst, desgleichen ein schwerer Fall von Omphalitis, wo ein Verband von essigsaurer Thonerde über ein mit 10 %iger Nosophensalbe bestrichenen Leinwandläppchen über den stark geschwollenen Nabel applicirt wurde und die Affection in 7 Tagen zur Heilung brachte. Sehr gute Dienste leistete eine 5 %ige Nosophensalbe bei Rhinitis scrophulosa, wobei besonders rasch die Rhagaden an den Nasenflügeln und die Geschwürchen an der Nasenscheidewand verschwanden. Bei 18 Fällen von Otitis media, theils auf scrophulöser Basis, theils nach Scarlatina, wurde das Mittelohr mit  $\frac{1}{2}$  %iger Antinosinlösung ausgespritzt und dann Nosophen insufflirt (mit Acid. boric. 2:1), welche Therapie rasche Heilung bewirkte. Intern wurde Eudoxin, das Wismuthsalz des Nosophens, bei 58 Kindern mit Darmaffectionen angewandt und mit bestem Erfolg bei Enteritis follicularis, Dysenterie, acuter und chronischer Enteritis, sowie auch bei tuberculösen Diarrhoeen in Pulverform (so viel Centigramm, als das Kind Monate zählte, aber nicht mehr als 0,5 pro dosi, 2—3 stündlich) benützt.

(Wiener medic. Presse 1897 No. 45.)



## Bücherschau.

---

— Bei F. Enke (Stuttgart) erschien ein Buch (90 S. stark) von Dr. A. Säger: „**Die Beurtheilung der Nervenerkrankungen nach Unfall**“. Ueber die praktische Bedeutung dieses Gegenstandes für den Arzt, über dessen Schwierigkeit bei der Beurtheilung braucht wohl kein Wort verloren zu werden. Der Praktiker wird es daher zweifellos mit besonderer Freude begrüßen, dass der Verfasser hier ein kurzes Résumé seiner langjährigen Untersuchungen giebt, welche manch' interessantes Ergebniss gezeitigt und manche strittige Frage der Lösung näher gebracht haben. Das Buch zerfällt in 6 Hauptabschnitte: Untersuchungen an gesunden und kranken Arbeitern, die niemals einen Unfall erlitten haben; die gewöhnlichen Schädigungen des Nervensystems der Arbeiter; giebt es pathognomonische Zeichen der Nervenerkrankungen nach Unfall? Woher kommt die Zunahme der Unfallnervenerkrankungen? Ueber Simulation; die Prognose — so lauten die Ueberschriften der Capitel, von denen jedes lesenswerth und interessant ist.

— Das **diagnostisch-therapeutische Vademecum** von Dr. Schmidt, Dr. Lamhofer, Dr. Friedheim, Dr. Donat ist bereits in 2. Auflage erschienen (Leipzig, Verlag von Joh. Ambr. Barth), woraus hervorgeht, dass wir nicht mit Unrecht dem Büchelchen, welches trotz compendiöser Form einen reichen Inhalt in sich birgt, ein günstiges Prognostikon stellten. Das Werkchen bietet auf 430 Seiten einen Abriss der inneren Medicin, Dermatologie und Syphilis, Augenkrankheiten und Gynaekologie, und zwar in so präciser und klarer Form, dass es seinen Zweck, dem Praktiker in Augenblicken der Unsicherheit als Auskunftsmittel zu dienen, durchaus erfüllt.



Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**M. 5.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**  
aus der gesamten Fachliteratur  
**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**  
*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Gratzner in Sprottau.*  
Verlag von Carl Salimann in Basel und Leipzig.

---

**Februar**

**VII. Jahrgang**

**1898**

---

**D**ie früher erschienenen sechs Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

**Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.**

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen!

---

**Akne.** In einem Artikel „Therapie der A. simplex und A. rosacea“ giebt Dr. Jössner (Königsberg O/P.) ein umfassendes Bild der Therapie dieser wichtigen Affectionen, wie sie sich ihm bewährt hat und für den Praktiker geeignet ist. Was zunächst die A. simplex (vulgaris) anbelangt, hat man natürlich zunächst die ätiologischen Momente ins Auge zu fassen. Ausser dem Alter (Pubertät) und der individuellen Hautbeschaffenheit als disponirenden Momenten werden noch verschiedene andere Ursachen beschuldigt. Von der Chlorose aber ist es wenig wahrscheinlich, dass sie zur A. führt; nach des Autors Erfahrungen zeigen die hochgradig Chlorotischen relativ selten A. Freilich erklärt sich das häufige Zusammenkommen der A. mit Chlorose leicht daraus, dass auch letztere so oft in der Pubertät zu Tage tritt. Digestionsstörungen mögen schon häufiger zur A. disponiren, etwas Bestimmtes ist aber auch hier nicht

bekannt. Dasselbe gilt von der sexuellen Abstinenz, von bestimmten Speisen wie Fett, Käse etc.; bei strenger Prüfung müssen diese Beziehungen als durchaus unerwiesen bezeichnet werden. Nichtsdestoweniger werden wir auch Hypothesen therapeutisch Rechnung tragen. Wir werden Chlorose entsprechend behandeln, für Stuhlgang sorgen (keine Drastica!), die Diät reguliren, ohne dabei gerade eine bestimmte Diätform besonders als heilbringend anzusehen. Man wird herausexaminiiren, ob und in welcher Richtung die Diät eine unrichtige, einseitige ist, und wird dann corrigirend eingreifen, z. B. bei übermässigem Fleischgenuss dem vegetarischen Regime einen grösseren Raum bieten; Alkoholica sind, weil sie Congestionen zum Gesicht machen, zu verbieten, Kaffee und Thee ebenfalls nur verdünnt zu gestatten, alle Getränke und Speisen nicht heiss; mässige Fettmengen sind erlaubt. Gewarnt muss davor werden, sexuell abstinenter Pat. den sexuellen Verkehr als Heilmittel vorzuschlagen; der moralische und physische Schaden, den die Pat. nehmen können, wiegt den recht zweifelhaften Nutzen lange nicht auf. Was nun die medicamentöse Behandlung anbelangt, so kommen zunächst interne Mittel in Betracht. Da kann Autor nur Schwefelpräparate empfehlen, von denen er einen wohlthuenden Eindruck empfangen hat, andere Mittel nicht. Am einfachsten giebt man (gleichzeitig als wirksames Abführmittel):

Rp.

*Sulfur. depurat.**Elaeosacch. citri aa 20,0.*D. S. 3 Mal tägl. 1 Messerspitze bis  
1 Theelöffel.

Vorüchlich ist auch Ichthyol, das auch sehr guten Einfluss auf die Körperconstitution ausübt und die Verdauung entschieden bessert. Man giebt:

Rp.

*Ichthyol.**Aq. dest. aa 25,0.*D. S. 3 Mal tägl. 20—25—30 Tropfen,  
stark verdünnt mit Wasser, Pfeffer-  
minzthee, dünnem Kaffee oder Braun-  
bier, nach dem Essen.

Rp.

*Ichthyol 0,3—0,5.**D. t. dos. in caps. amyl. No. 50.*S. 3 Mal täglich 1—2 Stück nach  
dem Essen.

Rp.

*Ichthyol 15,0.**Pulv. et Succ. Liq. q. s.**ad pill. No. 100.*S. 3 Mal tägl. 2—4 Pillen nach dem  
Essen.

Solche interne Behandlung muss wenigstens 3 Monate hindurch ununterbrochen geübt werden!\*)

(Der ärztl. Praktiker 1897 No. 22.)

**Augentzündungen.** Die Anwendung des Itrol bei Augenleiden empfiehlt Dr. O. Mergl (Pressburg). Derselbe hat das Mittel bei über 100 Fällen von Eiterungen des Auges, bei Blennorrhoea neonatorum, acutem Trachom, Diphtheritis conjunctivae, Conjunctivitis crouposa und gonorrhoeica angewandt und war mit den Erfolgen ebenso zufrieden, wie mit denen bei Cornealgeschwüren. Er stellt folgende Sätze auf:

1. Bei Blennorrhoea neonatorum übertrifft das reine Itrol, in Pulverform nach Art des Calomel 1 Mal täglich in die Augen gestreut, jedes bisherige Mittel. Dabei wurden Eisanschläge und fleissige Waschungen mit Lösungen von Sublimat oder Itrol (1:2000) verordnet. Die Eiterung hörte zuweilen schon nach 2 Tagen auf, hielt nie länger als 8 Tage an, ausgenommen einen Fall, der erst am 14. Tage der Erkrankung, mit Cornea-Eiterung verbunden, in meine Behandlung kam, und auch bei diesem Kranken blieb nur eine kaum merkbare Trübung zurück. Bei acuten, 3—5tägigen Fällen wurden alle Kranken vollständig geheilt, die ganze Dauer der Behandlung usque ad integritatem conjunctivae schwankte zwischen 6—18 Tagen.
2. Bei acutem Trachoma sistirte die Eiterung nach einigen Tagen, gewöhnlich nach der 3. oder 4. Einstreuung. Auf den ferneren Verlauf des Trachoms konnte ich eine besondere Einwirkung nicht notiren, sie entsprach der mit Lapislösung erreichten. Bei diesen Kranken habe ich nach 4—5wöchentlichem Gebrauch keine Argyrosis beobachtet, ebensowenig eine unangenehme Einwirkung auf die Cornea.
3. In 7 Fällen von Conjunctivitis diphtheritica und crouposa war das Itrol insofern von guter Wirkung, dass das Sehvermögen der Augen genügend gut verblieb, obwohl ich die Kranken schon mit Cornea-Infiltration übernahm, und dass nur in einem Falle die Cornea des einen Auges gänzlich zerstört wurde.

---

\*) Forts. folgt.

4. Bei durch Tripper entstandenen Blennorrhoeen wandte ich Itrol 2 Mal an. In dem einen Fall hörte die Eiterung am 3., im anderen am 4. Tage auf, und nach 8 resp. 14 Tagen wurden die Kranken gesund entlassen. In den ersten Tagen wurden Eisumschläge und Sublimatwaschungen neben Itrol angewandt.
5. Bei Cornea-Geschwüren kam es vor, dass der Geschwürsgrund, ja sogar die Umgebung nach einer Bestreuung sich reinigte unter Druckverband. Die meisten Fälle waren nach 4—8 Tagen geheilt, und nur in seltenen Fällen musste auch Atropin gebraucht werden. Es kamen jedoch mehrere Fälle vor, in welchen solche Kranke das Itrol nicht vertrugen, ja in einem Falle war nach einmaliger Anwendung die Cornea vollständig infiltrirt und aufgelockert. Dass in einem Falle die Aufhellung des Geschwürs schnell, ja unmittelbar erfolgte und andererseits in ganz ähnlichen Fällen nicht nur kein Erfolg, sondern eine Verschlimmerung der Krankheit hervorgerufen wurde, darüber konnte ätiologisch nichts eruirt werden.

Auf Grund seiner Erfahrungen kann Autor jedenfalls das Itrol, das meist für kurze Zeit brennenden Schmerz hervorruft, bei Blennorrhoea neonatorum und Conjunctivitis gonorrhoeica warm empfehlen, da es hier jedes andere Mittel weit übertrifft; bei anderen, mit Eiterung verbundenen Augenleiden müssen erst weitere Versuche die besonderen Medicationen ergeben.

(Szemeszet, Beilage zu „Orvosi Hetilap“ 1897, No. 44.)

— Eine neue Methode der Behandlung der Ophthalmoblenorrhoea neonatorum empfiehlt Dr. Elze (Zwickau). Sie ergab auffallend günstige Resultate und brachte die Affection sehr rasch — in durchschnittlich 3—4 Tagen — zur Heilung. In einzelnen Fällen betrug die Heilungsdauer freilich auch 5—10 Tage; sie hängt, abgesehen von der Schwere der Infection, ab von den Veränderungen, welche die Bindehaut beim Eintritt in die Behandlung darbietet. Papilläre Schwellung derselben, welche mit ihren Furchungen gewisse kleinste Theile der Bindehaut der Berührung mit den Medicamenten entzieht, hält naturgemäss den Eintritt der Heilung hinten an. Bei von Anfang an energisch behandelten Fällen ist aber in der Regel am 4. Tage nur noch eine reine Röthung



der Bindehaut mit ganz spärlicher, die Lider früh und Abends verklebender Secretion vorhanden. Oft werden schon 1 Tag nach Beginn der Behandlung die Augen selbständig geöffnet. Die Therapie selbst besteht in einer combinirten Anwendung von Argent. nitric. (1—2%ige Lösung) und Ichthyol (5%ige Salbe) neben 2stündlichen Auswaschungen mit Sublimat (1:4000) zur Entfernung des Eiters. Nach einer solchen Reinigung werden die umgestülpten Lider unter Deckung der Hornhaut mit 1—2%iger Höllensteinlösung (je nach dem Grade der Entzündung) bepinselt, worauf die Salbe mit einem Glasstab in den Bindehautsack gestrichen wird. Früh und Abends wird dieselbe Lösung eingetropft (am Besten natürlich ebenfalls vom Arzte selbst) und hinterdrein wieder die Salbe applicirt. Bei blos einmaliger Application sieht man nicht so rasche und prompte Erfolge, als bei dieser 3maligen. Bei schweren Formen gelangt sofort die 2%ige Lösung zur Anwendung, ebenso bei papillärer Schwellung. Hat die eitrige Secretion aufgehört, so kann man mit der Zahl und Stärke der Applicationen heruntergehen, zum Schluss wird nur noch die Salbe fortgebraucht.

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges 1897 No. 7.)\*)

- Einiges über Augenerkrankungen bei Gicht publicirt Prof. A. Wagenmann (Jena). Episkleritis, sklerosirende Hornhautentzündung und Episkleritis period. fugax können auf Gicht beruhen und durch Behandlung der letzteren günstig beeinflusst werden. Ebenso können Retinitis haemorrhagica, Netzhautablösungen, Glaskörperblutungen durch gichtische Gefäßatheromatose verursacht sein. Autor sah in einem Falle neben harten subcutanen Gichtknoten an verschiedenen Körperstellen einen harten Knoten an der Sklera mit entzündlichen Erscheinungen, ferner eine umschriebene, kegelförmige Netzhautablösung neben der Papille, die er auf feste Concremente in der Aderhaut zurückführt; Natr. salicyl., Salzbrunner, Diät führten Besserung herbei. In einem weiteren Falle,

\*) Neue, von Dr. Wolffberg (Breslau) bei Preuss & Jünger daselbst herausgegebene Wochenschrift (Preis 1/4 jährl. M. 1,50), welche auch für den prakt. Arzt interessante kleine Originalarbeiten, Referate etc. bringt und bestens empfohlen werden kann.

der wegen Glaukoma subacut. von einem anderen Arzt iridektomirt worden und fast erblindet war, traten Glaukometerscheinungen am anderen Auge auf; Autor stellte Gicht fest, ordnete Diät, Obersalzbrunner und Wildunger Wasser an, machte Pilocarpininjectionen, und es kam ohne Iridektomie Heilung zu Stande.

(Archiv f. Ophthalmologie XLIII, 1.)

**Blutungen.** Blutstillung mittelst Gelatine wird sehr empfohlen von Paul Carnot (Paris), und zwar als locales Blutstillungsmittel und als Mittel zur Steigerung der allgemeinen Gerinnbarkeit des Blutes. Zu ersterem Zweck wird eine 5—10%ige Lösung von Gelatine in Wasser oder besser noch in physiologischer Kochsalzlösung hergestellt und zwei Mal je  $\frac{1}{4}$  Stunde in 2tägigen Intervallen auf 100° sterilisirt. Heftiges Nasenbluten hämophiler Kinder, das bereits allen Mitteln getrotzt hatte, stand nach Injection von 30—40 cm<sup>3</sup> einer 5%igen Gelatinelösung und Einführung eines mit derselben Flüssigkeit getränkten Wattetampons sofort. Die Lösung darf nicht zu warm gebraucht werden, da einerseits dadurch die Gelatinisirung, die durch Erkalten stattfindet, verspätet wird und dieselbe die coagulirende Wirkung nicht mehr unterstützt. Andererseits wirkt Gelatine nur bei Berührung mit Blut, welches sie zur Gerinnung bringt; nun würde aber die durch zu grosse Wärme erzeugte energische Zusammenziehung der Gefässe für einen Moment die Blutung stillen, die Gelatine würde nicht mehr in unmittelbare Berührung mit dem Blute kommen und das verstopfende Gerinnsel könnte nicht gebildet werden. Man bedient sich daher am Besten einer etwa körperwarmen Flüssigkeit. Bei Hautwunden wird die Wunde einfach mit einigen Tropfen der Lösung befeuchtet und dann ein damit getränkter Tampon aufgelegt, bei Rectalblutungen applicirt man Klysmen mit 5%iger Lösung, bei Metrorrhagieen injicirt man dieselbe u. s. w.; bei Magen- und Darmblutungen ist Gelatine nicht passend, da dieselbe hier Veränderungen erleidet. — Als Mittel zur Steigerung der allgemeinen Gerinnbarkeit des Blutes wandte Autor die Gelatine subcutan und per rectum an und will bei Haemophilie, Purpura etc. gute Erfolge erzielt haben.

(Presse méd. 18. Sept. 1897. — Therap. Wochenschrift 1897 No. 39.)

- Eine unstillbare Blutung nach der Lösung des Zungenbändchens, beobachtet von Reboul, zeigt, dass auch die so geringfügige, oft sogar von Laien ausgeführte Operation zu bösen Zufällen führen kann. Kurze Zeit nachdem bei dem neugeborenen Kinde der Eingriff geschehen war, begann die Wunde wieder zu bluten, die Blutung konnte durch kein Mittel gestillt werden, und nach  $5\frac{1}{2}$  Tagen erlag das Kind, jedenfalls ein Bluter, der Anaemie.

(Lyon médical 1897 No. 38. — Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 41.)

- 2 Fälle von Darmblutungen aus seltener Ursache schildert Dr. K. Witthauer (Halle a/S.). Beim ersten handelte es sich um ein 15jähriges, aus gesunder Familie stammendes Dienstmädchen, das früher nie krank war, aber seit 10 Tagen über heftige Schmerzen in beiden Füßen und im Kreuz klagte. Auch die Arme fingen zu schmerzen an, Magenkrampf machte sich geltend. Das sehr anämische Mädchen wurde am 26./I. aufgenommen mit Klagen über Schmerzen in den Gliedmassen und im Leibe. Letzterer mässig aufgetrieben und druckempfindlich, Hand- und Fussgelenke geschwollen, bei Bewegungen sehr schmerzhaft; Organe der Brust- und Bauchhöhle ganz normal, Urin und Stuhl desgleichen, kein Fieber. Der Verlauf in den nächsten Tagen war nun der, dass sich bei schlechtem Allgemeinbefinden diarrhoische, blutig-schleimige Entleerungen einstellten, wobei trotz Opiumdarreichung heftige Leibscherzen bestanden und auch die Gelenkschmerzen noch arg waren. Am 1./II. über den ganzen Körper Purpura-ausschlag mit Flecken von seltener Grösse, dabei sehr schlechtes Allgemeinbefinden ohne Fieber. In den folgenden Tagen wurden die Stuhlgänge regelmässiger, mehr kothig, das Allgemeinbefinden, die Leib- und Gelenkschmerzen besser, die Purpura ging zurück. Am 14./II. war Pat. wiederhergestellt. Fall 2 betraf einen 18jährigen, früher stets gesunden Barbier, der vor 8 Tagen mit heftigen Leibscherzen erkrankte, was er auf den Genuss von Pferdefleisch zurückführte, da er dabei auf einen harten Gegenstand gebissen und diesen, wahrscheinlich ein Knochenstück, mit verschluckt habe. Von seinem Arzt bekam er Opium, worauf bis jetzt kein Stuhl, wohl aber Blähungen abgingen. Aufnahme am 21./I.

Pat. schwächlich, mager, macht einen schwer kranken Eindruck. Organe der Brust normal. Abdomen nicht aufgetrieben, links etwa 2 Finger breit unter dem Nabel eine handtellergrösse, harte, sehr druckempfindliche Stelle, die sich wie ein unter den Bauchdecken liegender Abscess anfühlt, aber nicht fluctuierend ist. Temp. 39,9°, Puls klein und sehr beschleunigt, Urin normal. In der Nacht erbrach Pat. mehrmals. Oeleinlauf, aber nur Gaseabgang. Am 24./I. Resistenz am Nabel verschwunden, Leib völlig schmerzlos, Erbrechen grosser Mengen deutlich kothig riechender Massen, einige Male breiiger Stuhlgang; Pat. verfallen, behält nichts bei sich, Temperatur subnormal, Puls nicht fühlbar, Sensorium benommen. Tags darauf Zustand etwas besser, Erbrechen seltener, Stühle 5—6 Mal, kleine Mengen Thee mit Rum, auch Suppe wird behalten, Puls wieder da (95); Ordination: Salzsäure, etwas Opium. 30./I. Kräfteverfall bedeutend, Pat. reagirt nur auf Anrufen, kein Erbrechen mehr, Temp. erhöht, Puls leidlich; Urin nicht spontan, daher Katheter, Stuhlgang erst nach Oel- und Wassereinläufen; 2 Mal täglich subcutane Kochsalzinfusionen. 4./II. Befinden sehr wechselnd; Stuhlgang mehrmals täglich, enthält reichliche Mengen frischen Blutes; Leib gleichmässig aufgetrieben, aber nicht druckempfindlich; Opium. 6./II. An Armen, Beinen, Brust purpuraähnlicher Ausschlag; Erbrechen zuweilen, Stühle andauernd blutig, Kräfteverfall; immer weiter Kochsalzinfusionen. 9./II. Pat. zum Skelett abgemagert, meist bewusstlos, Temper. steigt allmählig bis 39,6°. Am 12./II. Exitus. Bei der Section erweisen sich Herz und Lungen als normal; in der Bauchhöhle keine freie Flüssigkeit; an der Stelle jener Resistenz am Nabel mehrere Darmschlingen mit einander verklebt; beim Lösen der frischen Verwachsungen kommt man auf einen durch die Darmverklebungen abgekapselten Abscess, dessen Höhle faustgross und mit Koth und Eiter gefüllt ist; in der benachbarten Darmwand ein 10pfennigstückgrosses Loch, und im Grund des Abscesses, in Narbengewebe eingebettet, eine etwa bohnergrosse, verkalkte Mesenterialdrüse; eine ähnliche Drüse noch an einer anderen Stelle des Mesenteriums; im Darm selbst ausser Follikelschwellungen und mehreren Haemorrhagieen

keine Veränderungen; in der verkalkten Drüse vereinzelte Tuberkelbacillen. — Was nun den 1. Fall anbelangt, so hat es sich da zweifellos um einen acuten Gelenkrheumatismus gehandelt, der allerdings fieberlos verlief. Wie nun die hinzutretende Purpura unter der Haut zu B. führte, so spielte sich jedenfalls ein ähnlicher Vorgang im Darm ab, welcher bei der mehr durchlässigen und zarten Beschaffenheit der Darmschleimhaut Oberflächenblutungen veranlasste. Der Fall mahnt also, beim Auftreten von Purpura rheumatica an die Möglichkeit von Darmblutungen zu denken und die Prognose, z. B. bei schwächlichen Personen, in dubio zu lassen. Beim 2. Pat. war zunächst die Ursache der Peritonitis nicht klar. Autor glaubte von vornherein, dass ein peritonitischer Process zu einem abgekapselten Abscess geführt hatte. Der Anamnese nach wurde das verschluckte Knochenstück beschuldigt. Als die harte Stelle neben dem Nabel verschwand, nahm Autor an, dass der Abscess durchgebrochen sei. Nachdem aber Blut in den Faeces erschienen war, konnte es sich nur darum handeln, dass entweder tuberculöse Geschwüre im Darm sassen und dass ein solches durchgebrochen war oder dass jener event. Fremdkörper im Darm ein grösseres Loch verursacht hätte, durch welches der Darm mit dem Abscess noch communicirte und in eine abgekapselte Höhle führte. Auch ein Zusammenhang zwischen der Purpura und den Darmblutungen (vgl. Fall 1) war nicht zurückzuweisen; und die bei der Section gefundenen Haemorrhagieen im Darm liessen diese Deutung auch zu. Aber sonst bot die Section Ueberraschungen. Vor Allem jene verkalkte Mesenterialdrüse! Wie war die Entstehung der Perforation zu erklären? Gegen tuberculöses Geschwür sprach schon die Beschaffenheit der Durchbruchsstelle, welche narbige Ränder zeigte; auch ist es recht selten, dass im ganzen Darm nur ein einziges Ulcus besteht. Die Verkalkung der Drüse endlich liess vermuthen, dass ein event. tuberculöser Process im Darm schon sehr lange vorher bestanden und abgelaufen war. Autor erklärt sich den Hergang so: die verkalkte Drüse lag an einer Stelle, wo der Darm durch Narbenschrumpfung und Adhäsionen theilweise fixirt war; durch Druck der harten Masse auf die Darmwand wurde die

äussere Wand usurirt und scheuerte sich nach und nach durch, so dass der Durchbruch von aussen nach innen erfolgte; die Abkapselung des Abscesses wurde durch die schon vorhandenen alten Adhäsionen, wie man sie neben neuen deutlich unterscheiden konnte, begünstigt. Dass so etwas nicht häufiger vorkommt, liegt bei der Häufigkeit verkalkter Mesenterialdrüsen nur daran, dass diese meist im Gekröse versteckt liegen, und dass nur selten der Darm so in seiner Bewegung gehemmt ist, dass immer derselbe Punkt gedrückt werden kann. Ein operativer Eingriff war bei dem Allgemeinbefinden des Pat. nicht indicirt. Autor wandte u. A. Kochsalzinfusionen an, wie sie schon bei Peritonitis empfohlen worden sind; durch sie wurde auch stets das Befinden des Kranken etwas gebessert, das Sensorium zeitweise freier etc., so dass Autor bei Peritonitis wieder es damit versuchen würde.

(„Die Heilkunde“ 1897 No. 8.)

**Cirrhosis hepatis.** Einen Fall von C. mit tödtlicher Blutung und ungewöhnlichem Verlauf führte Ewald vor. Derselbe sah 1894 einen plötzlich an einer fieberhaften Affection erkrankten Herrn, die den Verdacht auf Typhus oder unregelmässige Malaria nahe legte. Indessen konnte eine bestimmte Diagnose nicht gestellt werden; der Pat. erholte sich zwar von dem Anfall in kurzer Zeit, aber da er sein Atelier — es war ein bekannter Bildhauer — in dem bruchigen, etwas tiefen Terrain von Wilmersdorf hatte, so blieb der Verdacht, dass es sich um Malaria gehandelt habe, um so mehr bestehen, als auch seine Kinder an gelegentlichen Fieberanfällen erkrankten, die angeblich nach Wohnungswechsel vollständig fortblieben. Schon damals fiel eine geringe Anschwellung der Leber auf bei fehlendem Milztumor. Doch Pat. erholte sich rasch und ging wieder seiner Beschäftigung nach. Aber die Leber blieb intumescirt und nahm in der folgenden Zeit an Umfang immer mehr zu, sodass Autor Januar 1895 eine Ausdehnung in der Mittellinie vom Proc. ensiformis bis zum unteren Lebertrand von 14 cm und in der Parasternallinie von 24—25 cm constataren konnte. Der linke vorgewölbte Leberlappen fühlte sich etwas hart und uneben an. Aber nie war Milzschwellung oder im ganzen weiteren Verlauf

eine Spur von Ascites nachzuweisen, nie Ikterus, nie Störung des Berufs durch Unwohlsein vorhanden. Nur von Zeit zu Zeit leichte dyspeptische Beschwerden, wobei Pat. sich etwas aufgetrieben und schwer fühlte, wenig Appetit und Schlaf hatte. Aufenthalt im Süden kräftigte ihn wiederholt bedeutend, und im letzten Sommer war Pat. noch so kräftig, dass er grosse Gebirgstouren unternahm. Da kam er wieder zurück und bekam mitten aus scheinbarer Gesundheit heraus eine abundante Blutung aus Mund und Darm. Damit war die Diagnose C. sichergestellt. Pat. erholte sich aber sehr rasch und arbeitete wieder, als vor wenigen Tagen eine zweite, wieder colossale Haematemesis mit ca.  $1\frac{1}{2}$  Liter Blut erfolgte, was sich innerhalb 24 Stunden mehrere Male wiederholte; Pat. starb, obgleich der Puls bis zuletzt merkwürdig gut war. Bei der Section bot die Leber ein exquisites Bild einer leicht hypertrophischen cirrhotischen Erkrankung; keine Spur von Ascites, von Milzschwellung, von Malaria oder Syphilis. Und jene Blutungen? Nun, solche in und auf die Schleimhaut, namentlich in den Magen hinein, sind bei C. nichts Seltenes. Früher hielt man sie für parenchymatöse, bis in den letzten Jahren die Oesophagusvenen als Quelle dieser Blutungen erkannt wurden. Autor hat in den letzten Jahren allein 5 derartige Fälle im Augustahospital erlebt. Da solche Blutungen aus geplatzten Varicen der Oesophagusvenen auch ganz zu Beginn einer Lebercirrhose sich ereignen können, wo sie mitten aus bester Gesundheit heraus bei noch nicht genügend entwickeltem oder gewürdigtem Leberbefund erfolgen, so sind hier Verwechslungen mit Magenulcus-Blutungen sehr nahe liegend. Auch bei obigem Pat. lässt sich der geplatzte Varix im Oesophagus leicht erkennen. Sehr auffallend war hier das Fehlen von Ascites, Milztumor und Ikterus, doch sind auch solche Fälle beobachtet worden und erklären sich dadurch, dass die Collateralbahnen, welche das Blut aus den Abdominalorganen mit Umgehung der Leber in die Vena cava super. hinaufführen, genügend ausgebildet sind. Es stehen dem Blute hier verschiedene Abzugswege zu Gebote. In obigem Falle war nun weiter nichts, wie die Verbindung zwischen den Magenvenen und den Oesophagus-

venen im Gange, und sie genügte, um alle Stauungen hintanzuhalten. Unter solchen Umständen aber hat bekanntlich die Vena coronaria ventriculi, welche für gewöhnlich in die Pfortader mündet, einen rückläufigen Blutstrom und überführt durch Capillaren, die in der Gegend der Cardia verlaufen und sonst geschlossen sind oder wenigstens nur eine sehr geringe Menge von Blut durchlassen, ihr Blut in die Oesophagusvenen, von wo es dann durch die Ven. intercostal. u. A. in die obere Hohlvene befördert wird. Da aber die zu bewältigende Blutmenge viel grösser als die normale Capacität dieser Venen ist, so werden sie erweitert, varikös und schliesslich so verdünnt, dass sie platzen. So konnte hier bis zu diesem Zeitpunkt eine hochgradige Lebererkrankung so lange symptomlos bestehen. Die Aetiologie der letzteren blieb aber unaufgeklärt, da Lues, Malaria und Alkoholismus auszuschliessen waren; auch bei anderen Fällen konnte Autor ätiologische Momente nicht entdecken, und muss man annehmen, dass auch andere, uns noch nicht bekannte Einflüsse C. hervorrufen.

(Berliner medic. Gesellsch. 1. Decemb. 1897. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 50.)

**Cystitis.** Das besonders von Nicolaier warm empfohlene Urotropin (Schering) hat Dr. J. Cohn (Prof. Posner's Poliklinik, Berlin) bei verschiedenen Formen von C. angewandt, und auch zum Theil frappante Erfolge mit dem Mittel (3 Mal tägl. 0,5 in Pulverform) erzielt. Dieselben betrafen Fälle gewöhnlicher chronischer C. nach Prostatahypertrophie und Stricture, auch von sogen. Erkältungscystitis, während tuberculöse und gonorrhoeische C. nicht beeinflusst wurden. Das Mittel zeigte aber meist nur so lange Effect, als es gereicht wurde, von wirklich constanter Wirkung war kaum die Rede.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 42.)

**Dyspepsie.** In einem Referat über nervöse D. kam Prof. Dr. Th. Rosenheim (Berlin) zu folgenden Endschlüssen:

1. Nervöse D. ist ein selbständiger Krankheitstypus im Sinne Leube's; sie ist vornehmlich eine Sensibilitätsneurose, von Hyperästhesien anderer Art abzugrenzen und dadurch charakterisirt, dass die Beschwerden der Kranken an die Verdauungsthätigkeit des Magens ge-



bunden sind, dass sie hauptsächlich denjenigen bei den verschiedenen Formen der Gastritis ähneln und dementsprechend nur mässige sind.

2. Die motorische und secretorische Function des Magens können bei nervöser D. Abweichungen von der Norm zeigen: Anacidität, Subacidität, Superacidität, selbst leichter Magensaftfluss, Hypermotilität und Ataxie lassen sich oft genug constatiren; häufig wechselt der Befund und dieses Untersuchungsergebniss kann dann für die Beurtheilung der Sachlage von Bedeutung sein. Ist die functionelle Anomalie sehr hochgradig, und ist sie namentlich dauernd nachweisbar, so hat man gewöhnlich Grund, statt nervöser D. eine andere Affection anzunehmen. Diese — meist handelt es sich um eine Form von Gastritis oder um eine motorische Insufficienz erheblicheren Grades — kann sich auf dem Boden einer nervösen D. zur Selbständigkeit entwickelt haben und erheischt jedenfalls besondere Berücksichtigung.
3. Die nervöse D. in unserem Sinne ist keine so überaus häufige Krankheit, wie das gemeinhin angenommen wird; man hüte sich namentlich davor, dyspeptische Erscheinungen bei nervösen Individuen leichthin als nervöse anzusprechen.
4. Nervöse D., wie wir sie definirt haben, besteht in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle neben sonstigen nervösen Symptomen, die entweder leichter Art sind, oder das ausgesprochene Krankheitsbild der Neurasthenie, seltener der Hysterie darbieten. Dass die nervöse D. immer nur Theilerscheinung einer Neurasthenie sei, ist eine unhaltbare Behauptung. Oft genug sind die sonstigen nervösen Störungen abhängig von denen des Magens und verschwinden, wenn es gelingt, auf dieses Organ günstig einzuwirken.
5. Auch bei nervöser D. kann die symptomatische Behandlung der Magenbeschwerden von grossem Nutzen sein, wenn auch von entscheidender Bedeutung meist nur eine Therapie ist, die den Allgemeinzustand und die Pathogenese berücksichtigt.

**Friedreich'sche Ataxie.** Ueber einen eigenartigen Fall von F., combinirt mit Athetose sprach Stein, zugleich denselben (aus der Oppenheim'schen Klinik) vorstellend. 23jähriger cand. phil., hat in früher Jugend die Kinderkrankheiten durchgemacht ohne Complicationen irgendwelcher Art. Beginn der jetzigen Erkrankung im 14. Lebensjahre und zwar mit allmählig zunehmender Schwäche in den Beinen. Die Fortbewegung ward immer schwerer, und einige Jahre später wurden auch die oberen Extremitäten von der Krankheit ergriffen, Zittern der Hände und eigenartige Bewegungen, denen Pat. nicht völlig Widerstand leisten konnte, benahmen ihm bald die Möglichkeit, schriftlich zu arbeiten. Die geistigen Fähigkeiten dabei völlig intact, Pat. studirte und thut es jetzt noch. Klagen nur über eine gewisse Hülfllosigkeit bei Ausübung der einfachsten Verrichtungen, auch leichte Ermüdung schon bei minutenlangem Stehen oder Zurücklegen kurzer Strecken. Blase und Mastdarm functioniren gut, Doppelsehen soll vorübergehend vorhanden gewesen sein, und will Pat. zu jener Zeit Pillen von Hyoscyamin eingenommen haben. Hereditäre Belastung und Lues nicht nachweisbar. Status praesens: Pat. von gesundem Aussehen und seinem Alter entsprechend entwickelt. Während der Bau des Schädels keine Abnormitäten zeigt, ist die linke Gesichtshälfte hinsichtlich der Knochen und Weichtheile etwas weniger entwickelt, als die rechte. Durch mangelhafte Ausbildung des Helix und Anthelix sind die Ohren etwas deform; der Gaumenbogen ist schmal; beim Oeffnen des Mundes wird der Unterkiefer etwas nach links hinübergezogen. Augenbewegungen frei, kein Nystagmus. Sprache etwas undeutlich und näselnd. An den oberen Extremitäten, besonders an der rechten, finden ungewollte Bewegungen statt, die sich zusammensetzen einmal aus einem Tremor, der, ziemlich schnellschlägig, sich von dem bei multipler Sklerose dadurch unterscheidet, dass er auch in der Ruhe fortdauert, wenn auch etwas inconstant, dann aus Bewegungen, die, den athetoiden sehr ähnlich, besonders im Handgelenk und in den Fingern auftreten. Die Endphalanx des rechten Daumens meist überstreckt, die rechte Hand für gewöhnlich hyperabducirt, doch so, dass Pat. die Hyperabduction ausgleichen kann.

Am erhobenen Arm sieht man deutlich eine Ueberstreckung des Unterarms; dabei erscheint letzterer im Vergleich zum Oberarm etwas zu kurz; die Hände sind auffallend gross, doch zeigen sie kein akromegalisches Symptom. Die einzelnen Bewegungen werden in normaler Excursionsweite und mit guter Kraft ausgeführt, doch werden sie durch die ungewollten seitweise sistirt. Gelingt es dem Pat., eine Bewegung schnell auszuführen, so vermag er umgekehrt während derselben die athetoiden und den Tremor zu unterdrücken. Zuweilen führen die ungewollten Bewegungen zu einer Krallenstellung der Finger. Die Ernährung der Muskulatur der oberen Extremitäten normal; Sehnenphänomene an den Armen nicht erhöht, links vielleicht etwas stärker als rechts. Schreiben ist dem Pat. fast unmöglich; beim Versuch fixirt er die rechte Hand mit der linken, und die sehr schwer und langsam hervorgebrachten Schriftzüge zeigen kein Zittern. Da die linke Hand von der Krankheit weniger betroffen ist, als die rechte, bedient er sich derselben auch beim Essen und Ankleiden; indem er sie in eine geringe Beugstellung bringt, geräth er unter excessiven Bewegungen nicht immer an sein Ziel, und die Hand, die, einen grossen Halbkreis beschreibend, z. B. das Knopfloch bereits erreicht hat, wird durch die ungewollten Bewegungen von dem Ziele wieder fortgebracht. In den unteren Extremitäten zeigen die passiven Bewegungen nichts Spastisches, das Kniephänomen ist vorhanden; die motorische Kraft ist gut; beim Kniehakenversuch schießt Pat. zuerst etwas über sein Ziel hinaus, allein die Wiederholung des Versuches ergibt nichts Abnormes; auffallend sind die Mitbewegungen in den oberen Extremitäten. Höchst eigenartig ist die Gehstörung: Obgleich in der Rückenlage keine Veränderungen der Coordination nachweisbar sind, ist die Fortbewegung des Pat. aufs Aeusserste erschwert; unter starker Dyspnoë und Tachycardie, unter starken Mitbewegungen der Arme, ähnelt sein Gang dem eines Trunkenen; gewöhnlich stampft er mit dem Haken stark auf, meist mit dem linken, und wird der rechte Fuss so stark geschleudert, dass er mit seiner Spitze öfters dem linken Haken trifft; dabei ist der Oberkörper des Pat. stark nach vorn und rechts geneigt, die Augen sind fest auf den Boden geheftet, um jede Bewegung genau zu controliren. Beim Stehen kein Schwanken, selbst

nicht bei geschlossenen Augen. Auffallend ist eine Kyphoskoliose, die sich in den letzten beiden Jahren ausgebildet hat; oberer Dorsaltheil nach rechts ausgebogen, rechte Schulter steht höher als die linke. Sensibilität überall normal; keine Parästhesien oder lancinirende Schmerzen. Elektrische Anomalien bestehen nicht. — Trotz verschiedentlicher Abweichungen von dem Urbilde der *Maladie de Friedreich* glaubt Autor doch einen dieser verwandten Symptomencomplex vor sich zu haben. Zieht man das Facit aus den bisher veröffentlichten Fällen von hereditärer Ataxie, so sollen zur Diagnosenstellung gehören: 1. Familiäres Auftreten; 2. Entstehung in der Pubertät; 3. progressive Tendenz bis zur Unmöglichkeit der Fortbewegung; 4. schwankender Gang und Stand; 5. Ataxie; 6. später sich entwickelnde Sprachstörung; 7. Nystagmus; 8. Skoliose; 9. Fehlen der Patellarreflexe; 10. Veränderungen an den Füßen, wie Hyperextension der grossen Zehe, Klumpfuss u. s. w.; erhalten bleiben dabei: Intelligenz, Sensibilität, motorische Kraft, Blasen- und Mastdarmfunction. Nun zu obigem Fall! Ueber familiäres Auftreten war nichts zu eruiren; möglicher Weise befindet sich unter den im Auslande befindlichen Geschwistern ein ähnlich Leidender, und wenn auch nicht, so sind schon mehrere Fälle bekannt, wo das Leiden sporadisch auftritt. Auch ein occasionelles Moment, wie Infektionskrankheit, fehlte, Pat. war bis zur Pubertät vollkommen gesund, dann begann die Krankheit, wie auch Friedreich bereits die Pubertätszeit als Beginn der Affection bezeichnet. Hat das Leiden mal eingesetzt, dann vermag nichts seine Progredienz zu hemmen; auch bei obigem Pat. half keine Therapie, aus der ursprünglichen leichten Ermüdbarkeit entwickelten sich die schwersten Störungen. Die meisten der bisher publicirten Fälle zeigten bald ein Ueberwiegen locomotorischer Ataxie, bald der statischen, namentlich in den vorgerückteren Stadien; in obigem Falle war davon kaum etwas zu bemerken, doch bestand hier beim Gehen Ataxie, allerdings wohl zweifellos cerebellarer Natur, verschieden von der des Tabikers, ähnlich aber dem von an einer Kleinhirnerkrankung Leidenden oder von Trunkenen, die sich bemühen, das Gleichgewicht des Körpers zu erhalten. Die Sprache des Pat. ist nur zeitweilig nasal und schwerfällig, sonst normal, Nystagmus

fehlt vollständig; diese Symptome fehlten aber auch bei mehreren anderen Fällen. Vorhanden ist die Kyphoskoliose, während wieder Veränderungen an den Zehen nicht da sind. Auffallend sind die Patellarreflexe, die ja hier fehlen sollen, wenngleich in der Griffiths'schen Statistik von 90 Fällen 22 dieselben zeigten, ja 7 sogar gesteigert. Obigen Fall zeichneten aber besonders die ungewollten Bewegungen aus; diese Combination ist nur 1 Mal in der Litteratur verzeichnet. Im Uebrigen nimmt Autor an, dass der Fall in Anbetracht der stark ausgesprochenen cerebellaren Ataxie und des Erhaltens der Patellarreflexe schon einen Uebergang zur Hérédoataxie cérébelleuse Marie's bildet. Den Krankheitsherd vermuthet er bei dem Vorwiegen cerebellarer Symptome im Cerebellum, wahrscheinlich, nach Senator, begründet in einer mangelhaften Entwicklung des Kleinhirns; über die Genese der athetoiden Bewegungen und über ihre Beziehung zu cerebellaren Veränderungen lässt sich nichts Bestimmtes aussagen.

(Berliner medic. Gesellschaft, 24./XI. 97. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 49.)

**Gonorrhö.** Ueber eine aussergewöhnlich lange Incubation einer G. berichtet Dr. F. Bruck. Derselbe wurde am 5./X. d. J. von einem 23jährigen Herrn wegen Geschwüren am Penis consultirt. Pat. gab an, nie vorher an einer Geschlechtskrankheit gelitten zu haben und am 22./IX., also vor ca. 14 Tagen, zum letzten Male coitirt zu haben; etwa 5—6 Tage danach hätte er die erste Veränderung an seinem Penis bemerkt. Es befand sich beiderseits vom Frenulum im Sulcus coronarius je ein ziemlich tiefes, reichlich secernirendes Ulcus, und es war zweifelhaft, ob es sich um Ulcera mollia oder sogen. Chancres mixtes handelte. Leistendrüsen links etwas geschwollen und schmerzhaft; die Geschwüre zeigten keine Tendenz zur Heilung, vergrösserten sich im Gegentheil in den nächsten Wochen ziemlich erheblich. Pat. stellte sich jeden 2. Tag vor, aber trotz jedesmaliger genauer Untersuchung des Penis konnte ausser den Geschwüren nichts Krankhaftes entdeckt werden. Da klagte Pat. plötzlich am 23./XI., d. h. also ca. 4 $\frac{1}{2}$  Wochen nach dem letzten Coitus, dass er seit gestern heftige Schmerzen beim Uriniren in

der Harnröhre verspüre. Orificium urethrae stark geröthet und geschwollen, auf Druck entleerte sich reichlich Eiter aus der Harnröhre. Der erste Gedanke musste sein, dass die Ulcerationen die Urethralwand durchbrochen hätten, wodurch auf der Harnröhrenschleimhaut ein Ulcus molle entstanden sei. Die Untersuchung des Eiters ergab aber massenhafte typische Gonokokkenhaufen; es handelte sich also um eine vor 30 Tagen acquirirte G. Der Fall ist ziemlich einwandfrei. Die erste und die späteren genauen Untersuchungen am Penis hatten nichts Verdächtiges ergeben, es konnte eine schon bestehende G. keinesfalls übersehen worden sein, um eine alte, längere Zeit latent gebliebene konnte es sich auch nicht handeln, der gebildete, glaubwürdige Pat. leugnete, je G. gehabt zu haben, auch leugnete er, während der Behandlungszeit coitirt zu haben, was ihm übrigens bei den Ulcerationen und der Schwellung des Praeputiums auch sicher nicht viel Vergnügen hätte bereiten können. Also auch eine frische G. lag sicher nicht vor!

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1897 No. 95.)

- Ein 19jähriges Mädchen mit gonorrhöischer Osteopathie stellte Paul Claisse vor. Bei der Pat. traten im Verlaufe der G. Schmerzen in den Rippenknorpeln auf, die sich bei Druck und bei raschen Bewegungen heftig steigerten; es entwickelten sich dann Auftreibungen, ganz nach Art eines rhachitischen Rosenkranzes, die auch nach Nachlassen der Schmerzen persistirten. Aehnliche Auftreibungen entwickelten sich an den oberen Enden der beiden Tibiae. Autor lässt die Frage unentschieden, ob der Process ein rein gonorrhöischer ist, entsprechend den bei G. verzeichneten Osteoperiostitiden, oder ob es sich nicht um ein Wiedererwachen des früher bei der Pat. bestandenen rhachitischen Processes unter dem Einfluss der G. handelt.

(Soc. méd. des hôp., 5. Nov. 1897. -- Wiener medic. Presse 1897 No. 48.)

- Zur Technik der Harnröhreninjectionen betitelt Dr. F. Stockmann (Königsberg i/P.) eine Mittheilung, in der er zunächst betont, wie schwer es oft ist, in die Harnröhre injicirte Flüssigkeiten rite zurückzuhalten, ohne dass ein mehr oder minder grosser Theil wieder zurück-

strömt. Sollen aber die Injectionen therapeutischen Werth haben, so müssen sie längere Zeit in der Urethra zurückgehalten werden. Verlangt doch jetzt Neisser sogar bei Behandlung mit Protargol prolongirte Injectionen, d. h. bei 2 Injectionen des Tags soll das Medicament je 5 Minuten, bei der dritten aber 30 Minuten in der Harnröhre verweilen! Die Mehrzahl der Pat. wird aber solange keinesfalls die Harnröhre verschliessen können, die Fingerkraft erlahmt, der ganze Körper ermattet, das Glied entgleitet, man wird ungeduldig, wenn man so 30 Minuten lang liegend oder sitzend ohne Beschäftigung zubringen muss, die Procedur wird zur Marter. Autor hat nun eine Klemme construiert (Heldt & Wien, Königsberg), die in 2 Grössen angefertigt wird (Preis: 75 Pf.), um sie für jede Penisform passend zu machen. Nach erfolgter Injection wird die Eichel comprimirt und dann die Klemme im Sulcus oder in der Mitte der Eichel oder ganz nahe dem Orificium (kleinere Form!) sanft angelegt. Die Manipulation ist höchst einfach und unschädlich und ermöglicht prolongirte Injectionen ohne Ermüdung oder Ungeduld des Pat. — Auch zu Untersuchungs zwecken (Injectionen von Cocain etc.), vielleicht auch als Compressorium bei kleinen Operationen wird das Instrumentchen gute Dienste leisten.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1897 No. 101.)

**Nephritis.** Ueber die Lebensdauer der an Retinitis albuminurica Erkrankten hat Hähnle auf Grund des Materials der Tübinger Universitäts-Augenklinik Nachforschungen angestellt, indem er diejenigen Pat. berücksichtigte, bei denen durch den Augenspiegel eine Retinitis albuminurica festgestellt worden war und bei denen die Urinuntersuchung mit Sicherheit ein der Netzhautaffection zu Grunde liegendes Nierenleiden nachwies; ausgeschlossen wurden Fälle von Retinitis album. gravidarum und von nachweislich acuter N. (nach acuten Infectiouskrankheiten). So wurden 98 Pat., der Mehrzahl nach ältere Personen (über 30 Jahre) verwerthet. Davon waren gestorben 81, und zwar von 60 Männern 54, von 38 Frauen 27. Von diesen starben innerhalb des 1. Jahres 55 ( $=67,9\%$ ), innerhalb der ersten 2 Jahre 67 ( $=82,7\%$ ); nach mehr als 2 und bis zu 9 Jahren starben 14 Personen, und zwar 7 Männer ( $=13,2\%$ ) und 7

Frauen (= 26%). Zur Zeit der Umfrage lebten noch 17 Personen, und zwar 1—7 Jahre nach Feststellung der Retinitis albuminurica, darunter 6 Männer (= 10%) und 11 Frauen (= 29%). Ueberall also tritt ein auffallender Unterschied zwischen Männern und Frauen zu Gunsten der letzteren hervor. Eine Zusammenstellung der bisher veröffentlichten Statistiken zeigt, dass in den ersten 2 Jahren nach gestellter Diagnose gestorben sind:

nach Stedmann Bull	von 103 Fällen	75 = 73%
„ Miles Miley	„ 51 „	51 = 100%
„ Trousseau	„ 45 „	28 = 62,2%
„ G. Possauer	„ 72 „	50 = 69,4%
„ Hähnle (s. oben)	„ 81 „	67 = 82,7%

Im Ganzen von 352 Fällen 271 = 76,9%

Es ergibt sich also daraus, dass die Prognose für die Lebensdauer der an Retinitis albuminurica Erkrankten nicht so ungünstig ist, als bisher meistens angenommen wurde, dass sie fürs weibliche Geschlecht bedeutend günstiger ist, als fürs männliche und dass eine sachgemässe Behandlung des zu Grunde liegenden Nierenleidens nicht ganz so aussichtslos ist, wie man meist glaubt.

(Medicin. Corresp.-Bl. des Württemb. ärztl. L.-V. 1897 No. 25.)

**Obstipatio.** Die Behandlung der chronischen O. mittelst Kreosot empfiehlt warm Dr. de Holstein (Paris). Das Mittel versagte in keinem der Fälle, unter denen manche waren, die Oelklystieren, Massage, Elektrizität u. s. w. getrotzt hatten. Am besten ist die Darreichung in Tropfenform, man gebe also das reine Buchenholzkreosot. Die wirksame Dosis beträgt 7—8 Tropfen pro die in 2 Dosen, unmittelbar nach dem Frühstück und dem Mittagessen in Milch, Bier, gewässertem Wein oder Wasser. Erweist sich jene Dosis als unwirksam, so ist sie zu erhöhen. Um die Pat. zu gewöhnen, das Mittel rasch herunterzuschlucken, beginnt man mit 1 Tropfen und steigt um 1 Tropfen täglich bis zur gewünschten Dosis. Die Behandlung muss meist Monate lang fortgesetzt werden, dann aber tritt nicht nur regelmässiger, schmerzloser Stuhlgang ohne irgendwelche Zeichen von Darmreizung ein, sondern auch Besserung des Appe-



tits und Allgemeinbefindens (auch günstige Beeinflussung des Teints!). Das Kreosot wirkt nicht direct abführend, sondern es scheint die Darmtoxine zu neutralisiren, die lähmend auf die Darmwand einwirken.

(Sem. méd. 1897 No. 41. — Therap. Wochenschrift 1897 No. 38.)

**Rheumatismen.** Das Krankheitsbild einer *Laryngitis acuta rheumatica circumscripta (nodosa)* schildert zum 1. Male Prof. Uchermann (Christiania). Angina oder Pharyngitis rheumatica ist ja bereits beschrieben worden und ist ohne Zweifel eine wohl charakterisirte und nicht seltene Krankheit. Seltener, aber nicht weniger wohl begrenzt ist jene Affection, bei der das Leiden in Form von begrenzten, stark empfindlichen, röthlichen oder blauröthlichen Infiltraten von ziemlich fester Consistenz auftritt, die sich einseitig oder doppelseitig entwickeln und ganz bedeutende Grösse (Knackmandel) erreichen können. Sitzt ein solches in der Nähe von oder über dem Articulus crico-arytaenoideus, so muss bald eine Pseudoankylosis mit Unbeweglichkeit des betreffenden Stimmbandes eintreten, die bei unrichtiger Diagnose und unzweckmässiger Behandlung leicht eine bleibende werden kann. Viele von den sogen. rheumatischen Recurrenslähmungen sind gewiss solche abgelaufene periarticuläre, rheumatische Entzündungen. Die übrigen Symptome sind dieselben, wie bei der gewöhnlichen „glatten“ Form; auch hier fehlt gewöhnlich jede Hypersecretion. Differentialdiagnostisch kommt namentlich Syphilis in Betracht; neben der Anamnese ist dann der Effect der Salicylbehandlung wichtig. Autor hat 3 Fälle beobachtet; stets verschwand auf Salicyl die Kehlkopff affection in kurzer Zeit. Aehnliche rheumatische, oft unilaterale Infiltrate sieht man übrigens auch am Gaumensegel, am Gaumenbogen, am Septum cartilagineum nasi, an der Conjunctiva, ja am inneren Ohrgang und am Trommelfell, besonders aber an der Haut. Das sogen. Erythema multiforme mit der speciellen Form Erythema nodosum ist ja in vieler Beziehung eine mit der rheumatischen Angina ganz analoge rheumatische Hautkrankheit.

(XII, Internat. medic. Congress in Moskau. — Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 47.)

- 3 Fälle von Erythema nodosum mit Herzcomplicationen, welche Dr. W. Görlitz (Kiel, med. Universitäts-Poliklinik) beschreibt, zeigen wieder, dass jenes Leiden nicht immer so harmlos ist, wie man allgemein glaubt. 2 Pat. waren Kinder (9 und 8 Jahre alt), bei welchen sich im Laufe der Krankheit Mitralinsuffizienz ausbildete, die auch nach Verschwinden der Hautaffection bestehen blieb. Auch bei der 3. Patientin, einem 18jährigen Mädchen, entwickelte sich als Complication eine Endocarditis, welche einen persistirenden Herzfehler bedingte, daneben wurde aber hier noch eine Pleuritis constatirt. Der Fall zeichnete sich endlich noch dadurch aus, dass im Laufe der Krankheit das Erythema nodosum mehr den Charakter des Erythema papulatum (multi-forme) annahm, während bei Fall 2 noch erwähnenswerth ist, dass die Hauteruptionen sich nicht auf die unteren Extremitäten beschränkten, sondern auch an anderen Körpertheilen sich etablirten.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 46.)

**Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Die Niederkünfte Kreissender über 40 Jahre in Hinblick auf ihre Unregelmässigkeiten hat C. Hennemann, soweit sie die Jahre 1892—94 betreffen und in der kgl. Frauenklinik in München zur Beobachtung gelangten, verfolgt und kommt auf Grund von 52 derartigen Fällen dazu, folgende Besonderheiten bei Gebärenden über 40 Jahren festzustellen:

1. Durchschnittlich übernormales Gewicht von Placenta und Kind, grössere Kindes- und Nabelschnurlänge;
2. Im Durchschnitt fast doppelter Blutverlust als gewöhnlich;
3. Die ungünstigen Kindeslagen überwiegen um das 3 fache;
4. Doppelte Gesamtmortalität der Kinder als gewöhnlich;
5. Fast die Hälfte der zu Grunde gegangenen Früchte war macerirt;
6. Die Operationsfrequenz war 3 Mal so gross, als sonst, die Mortalität der Operationen bei Mutter und Kind eine höhere;
7. Placenta praevia kam ungemein häufig vor (1:13)

und war in ihrem Verlauf für Mutter und Kind sehr ungünstig.

(Inaug.-Dissert. München 1896. —  
Centralblatt f. Gynäkologie 1897 No. 42.)

- Von der Cervicalschwangerschaft und Cervical-Placenta schreibt Prof. F. Ahlfeld: „Der Streit über das Vorkommen einer Cervicalschwangerschaft ist neuerdings wieder in ein lebhafteres Stadium getreten, seit von mehreren Stellen scheinbar unzweifelhafte Fälle von cervicalem Sitz der Placenta beschrieben worden sind. Trotzdem bekenne ich mich noch zu denjenigen, die nicht an eine Cervicalschwangerschaft, d. h. an die wirkliche Niederlassung des Eies in der Cervix glauben. Noch gestatten die bisher gemachten Beobachtungen Einwände, zu denen ich folgenden rechne. In meine Sprechstunde trat eine Pat. ein, aus deren äusserem Muttermund ein mittelgrosser, gestielter, fibröser Polyp ragte. Mittelst des Gefühls und unter Zuhilfenahme des rinnenförmigen Speculums liess sich demonstrieren — und meine sämtlichen Assistenten haben es gesehen —, dass dicht über dem äusseren Muttermund innerhalb des Cervicalcanals der fingerdicke Stiel des Polypen inserirt war. Ich trug den Tumor ab und liess einen Umschnürungsfaden am Insertionsende zurück, den ich nach einigen Tagen zu entfernen beabsichtigte. Zu meinem Erstaunen fand ich am 2. Tage den Stielrest mit dem daran hängenden Faden nicht mehr an der früheren Stelle, sondern weit ab vom äusseren Muttermund, oberhalb des inneren Muttermundes. Es hatte sich ein anderer äusserer Muttermund formirt; der früher als solcher angenommen war überhaupt nicht der äussere Muttermund gewesen, sondern ein Theil der oberen Cervixparthie. Die Erklärung des Vorgangs ist nicht schwer: der Polyp, über dem inneren Muttermund inserirt, hatte die Cervix weit entfaltet, sodass der äussere Muttermund verstrichen unmerklich in die Scheidenwand überging. Nach Wegnahme des Tumors formirte sich die Cervix wieder in alter Weise. Die häufig vorkommende Thatsache hatte in unserem Falle nur das Eigenthümliche, dass eine andere Stelle des Cervicalcanals durch ihre Contraction und ihre Vorbuchtung einen circulären Muttermund vortäuschte. Schon wiederholt habe ich die Vermuthung

ausgesprochen, dass auch post partum, besonders in der Nachgeburtsperiode, häufig derartige ringförmige Stricturen vorkommen, die einen Muttermund vortäuschen, thatsächlich aber eine Parthie des Cervicalcanals, vielleicht auch des unteren Gebärmutterabschnitts betreffen. Leider ist es mir noch nicht geglückt, durch ein leicht auszuführendes Experiment die Vermuthung zur Gewissheit zu machen, weil ich nicht rechtzeitig zu derartigen Geburten gerufen werden konnte und die damit beauftragten Assistenten eher dann auf andere, vielleicht nöthigere Punkte geachtet haben, als auf dies Experiment. In Fällen von Stricturen mit Zurückhaltung der Placenta kann man unter Umständen ohne grosse Schwierigkeiten den scheinbaren „Muttermund“ sich sichtbar machen und ihn mit einer bleibenden Marke, z. B. einer Serre fine, versehen. Es würde sich dann im Laufe der Rückbildung zeigen, wohin diese Marke geräth. Ich zweifle keinen Augenblick, dass das, was wir vorher für den Muttermund gehalten haben, sich später als eine Cervixparthie ausweist oder vielleicht gar als ein Theil, der über dem inneren Muttermund gelegen war. Diese Vorkommnisse erschweren die Uebersichtlichkeit der topographischen Verhältnisse sehr bedeutend. Man achte einmal ganz besonders darauf, wenn es sich bei der nothwendig werdenden manuellen Lösung einer Placenta um die Bestimmung des Sitzes der adhärennten Parthien handelt. Controlirt man dann am 9. oder 10. Tage des Puerperiums, wo der Cervicalcanal und der innere Muttermund dem Finger den Durchtritt noch gestattet, die Uterushöhle, um den Sitz der Placenta zu erfahren, so sieht man erst, wie weit man bei der Bestimmung intra partum gefehlt hatte. Diese Methode der Nachuntersuchung zeigt uns auch sehr häufig, dass derselbe Ring, den wir beim Eingehen mit dem Finger für den deutlich erkennbaren inneren Muttermund halten müssen, wenige Augenblicke darauf derart erschlafft, dass wir ihn nicht wieder aufzufinden im Stande sind. Der Zusammenhang dieser Beobachtungen mit der Frage von der Cervicalplacenta ist klar: Man darf sich nicht ausschliesslich auf das Gefühl verlassen, wenn man entscheiden will, ob eine Placenta innerhalb des Cervicalcanals oder über demselben festhaftet.

- Ueber **Anaemia splenica** in der Schwangerschaft lässt sich Dr. A. Stieda (Giessen, Frauenklinik) aus, im Anschluss an eine Beobachtung. Eine bis dahin stets gesunde Frau erkrankte am Ende des 8. Monats ihrer 6. Schwangerschaft unter den Erscheinungen einer rapid zunehmenden Anaemie. Die 3 Wochen nach dem Krankheitsbeginn vorgenommene Untersuchung ergab eine Verminderung der rothen Blutkörperchen bis auf 1700000 und hochgradige Milzschwellung. Am Ende des 9. Schwangerschaftsmonats wurde, vornehmlich wegen der subjectiven Beschwerden, die Frühgeburt eingeleitet. Nachdem in den ersten Tagen des Wochenbetts eine weitere Verminderung der rothen Blutkörperchen eingetreten war, nahmen dieselben sehr bald an Zahl zu, während die Milzschwellung zu gleicher Zeit zurückging. Pat. wurde 1 Monat nach der Geburt geheilt entlassen und ist noch  $\frac{3}{4}$  Jahr nachher vollkommen gesund. — Sehr bemerkenswerth war hier vor Allem die günstige Wendung, welche die Anaemia splenica, eine Form der perniciosen Anaemie, nach der Geburt nahm, da Besserungen oder gar Heilungen bei schweren essentiellen Anaemien im Anschluss an die Geburt sehr selten sind. Im Gegentheil wird von der progressiven Anaemie, welche durch Schwangerschaft complicirt ist, berichtet, dass sie häufig zur Frühgeburt führt und die Kranken sehr bald nach der Geburt ihrem Leiden erliegen. So stellte Graefe 25 Fälle mit nur 3 Heilungen resp. Besserungen zusammen. Dass die nach der Geburt beobachteten Besserungen und Heilungen aber auf die Beseitigung der Schwangerschaft zurückzuführen sind, erscheint sehr wahrscheinlich, da wir uns sehr wohl einen ungünstigen Einfluss einer in den letzten Monaten befindlichen Gravidität auf eine dieselbe complicirende Bluterkrankung vorstellen können. Dieser schädliche Einfluss dürfte bedingt sein durch die hohen Ansprüche, welche Ernährung und Wachsthum des Fötus an den erkrankten mütterlichen Organismus stellen, sowie durch die Beeinträchtigung der Circulation, welche der schwangere Uterus rein mechanisch bei einem durch Anaemie geschwächten Herzmuskel veranlasst. Fand der Organismus nach der Geburt die Kraft, die Krankheit zu überwinden, so werden wir nicht umhin können, der Schwangerschaft zum mindesten einen heilungs-

hemmenden Einfluss zuzuschreiben. Auch der rapide Verlauf des Leidens von seinem Beginn bis zur Geburt ist mit grosser Wahrscheinlichkeit auf Rechnung des deletären Einflusses der Schwangerschaft zu setzen. Dass trotz der vorgeschrittenen Erkrankung nach der Schwangerschaftsunterbrechung Heilung erfolgte, kann auf das kurze Bestehen des Leidens, welches im Körper noch keine irreparablen Veränderungen gesetzt hatte, zurückgeführt werden. Die Widerstandsfähigkeit des Organismus war noch nicht gebrochen und wurde durch die zeitige Einleitung der Geburt günstig beeinflusst. Ob ausser der Beseitigung der Schwangerschaft der mit der Geburt verbundene mässige Blutverlust als Heilfactor angesehen werden muss, bleibt dahin gestellt. Hervorzuheben war auch bei dem Falle die leichte Anregung und der schnelle Ablauf der Geburt, sowie der geringe Blutverlust bei derselben. Die Ursache dafür liegt wohl in der durch die Anaemie erhöhten Reizbarkeit des Uterus. Das meiste Interesse nimmt der Fall jedoch in therapeutischer Hinsicht durch den Erfolg der eingeleiteten Frühgeburt in Anspruch; er dient wenigstens für die vorliegende Form der pernicioösen Anaemie zur Bestätigung der Ansicht, dass nur von einer frühzeitigen Schwangerschaftsunterbrechung Heilung zu erwarten ist.

(Centralblatt f. Gynäkologie 1897 No. 44.)

- Die Herstellung eines geburtshülflichen Operationslagers in der täglichen Praxis, das für Arzt und Wöchnerin angenehmer und zweckmässiger ist, als das übliche Querbett, bringt Dr. Marx (Erwitte) seit einigen Jahren so zu Stande, dass er die Wöchnerin vorsichtig auf einen Tisch (am besten  $1\frac{1}{2}$ —2 m lang) tragen lässt, welcher letzterer in dem event. genügend geräumigen Kreisszimmer, sonst im Nebenzimmer hingestellt ist, und zwar so, dass die Genitalien der Kreissenden richtig beleuchtet sind. Auf den Tisch kommt als Unterlage eine Steppdecke, event. einige Unterröcke, darüber ein reines Betttuch, zur Stütze des Oberkörpers dienen Kissen, an das eine schmale Tischende kommen 2 Stühle für die Füsse, unter den Tischrand ein grösseres Gefäss, das bis zwischen die vorgestellten Stühle reicht. So liegt die Frau bequem und auf fester Unterlage, der Rücken hat angenehme

Widerlage, die Lage des Oberkörpers kann regulirt werden, das lästige Halten durch eine Person im Bette fällt weg, eine Person neben dem Tisch unterstützt einfach leicht unter den Armen; die Geburtstheile liegen in richtiger Höhe, sind gut beleuchtet und können bequem gereinigt werden, das abfliessende Wasser etc. fliesst in das breite Gefäss, und nach beendeter Ausstossung der Nachgeburt und Säuberung der Wöchnerin findet diese ein trockenes, glattes Lager.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1897 No. 96.)

— **Bemerkungen über die Decapitation** macht Prof. G. v. Engel (Klausenburg). Trotz vielfacher neuerer Instrumente ist doch der Braun'sche Schlüsselhaken das gebräuchlichste geblieben; derselbe hat recht grosse Nachtheile und Gefahren bei seinem Gebrauch sind nicht ausgeschlossen, die neuen Erfindungen aber sind eher noch unzuweckmässiger! Eine neue Methode mit alten Instrumenten hat sich nun dem Autor gut bewährt. Derselbe ging von folgenden Erwägungen aus: Ein brauchbares Instrument zur Decapitation soll 3 Eigenschaften besitzen: 1. Soll seine Construction einfach und seine Anwendung leicht sein; 2. soll es während der Function die mütterlichen Weichtheile nicht gefährden; 3. soll es den Hals glatt trennen. Ueber ein derartiges Instrument verfügen wir derzeit noch nicht, aber wir vermögen diesen Forderungen durch gleichzeitigen Gebrauch zweier Instrumente zu genügen. Bei seinen letzten 8 Decapitationen benützte Autor nun den Schlüsselhaken und die Siebold'sche, der Fläche nach gekrümmte, stumpfe Scheere, jedoch so, dass der Haken nur zum Fixiren des Halses diene, während dessen Durchschneidung durch die Scheere erfolgte. „Nachdem wir mit der einen Hand den Hals aufgesucht und mit den Fingern in gewohnter Weise umfasst haben, führen wir den Haken längs der Handfläche hinauf und hängen ihn um den Hals, worauf sein Knopfende unter Deckung unserer Finger bleibt. Nachdem wir den Hals leicht nach unten gezogen und fixirt haben, heben wir den Griff des Hakens in den Schambogen — seitwärts von der Harnröhre — und geben ihn der bei der Geburt assistirenden Hebeamme in die Hand, sie auf das ruhige Halten derselben aufmerksam machend. Die stumpfe Scheere führen wir,

ebenfalls längs der Handfläche, unter dem Stiele des Hakens bis zum Halse und — während die Finger der eingeführten und den Hals umfassenden Hand ihre stumpfen Enden controliren, — durchschneiden wir denselben durch geringere Oeffnungen der Scheere mit kleineren Ansätzen. Mit dem Auseinanderweichen der durchschnittenen Theile gewinnen wir immer mehr Raum, bis wir mit den Schnitten zur Wirbelsäule gelangen, deren Durchtrennung leicht gelingt, besonders wenn wir mit den Fingern ein Wirbelgelenk aufsuchen und die Schnitte durch dasselbe führen. Schliesslich werden noch die in der Höhlung des Hakens eingeklemmten Theile durch 1—2 Schnitte freigemacht, worauf wir die Scheere und den Haken aus den Genitalien entfernen.“ Diese Methode hält Autor für die einfachste, da bei ihrer Anwendung das untere Segment des Uterus keiner Zerrung ausgesetzt ist, der Hals glatt durchschnitten wird, die mütterlichen Theile weder durch die Instrumente, noch durch die Stümpfe des Halses verletzt werden und weder die Mutter, noch der operirende Arzt in Folge der Operation ermüdet. Das Hinaufführen der Hand ist manchmal ja nur mit grosser Kraftanstrengung, Mühe und Gefährdung der Kreissenden möglich. Falls die ersten Versuche da nicht gelingen, sollte man am besten von der Decapitation ganz absehen und die Evisceration ausführen, ein manchmal schonenderer und leichter Eingriff, als die erzwungene Decapitation.

(Wiener medic. Presse 1897 No. 43.)

- Ueber die **Einwirkung der Somatose auf die Secretion der Muttermilch** hat Dr. Drews (Hamburg) schon früher eine Mittheilung gemacht, in der er erklärte, dass es ihm bei 25 Frauen, die er länger als 4 Monate beobachtete, durch die Darreichung von Somatose, 3—4 Mal täglich 1 Theelöffel in Milch, Cacao, Suppe etc., gelungen war, „entweder die Milchsecretion der Brustdrüsen erst in ausreichender Weise zu ermöglichen oder eine ausreichende Secretion wieder zu erzielen, wenn dieselbe durch irgendwelche Krankheiten, Gemüthseregungen oder andere Störungen schon in einer frühen Zeit des Stillens zu versiegen drohte und sich schon die für das Versiegen derselben charakteristischen Zeichen: Kopfschmerz, Rücken- und Brustschmerzen, Abmagerung der Mutter und Schlaffwerden



der Brüste eingestellt hatten, und dadurch ein bedeutend längeres Stillen des Kindes zu ermöglichen.“ Autor hält diese Steigerung der Milchsecretion für eine directe Einwirkung der Somatose auf die Brustdrüsen und nicht für eine Folge der durch die Appetit erregende Wirkung der Somatose gesteigerten Nahrungsaufnahme der Frauen, weil bei dem Aussetzen des Mittels schon nach wenigen Tagen die Beschwerden sich wieder einstellen und die Milchsecretion geringer wird, trotzdem der Appetit und die Nahrungsaufnahme dieselbe bleibt, und weil die Wirkung der Somatose so rasch und so prompt auftritt, dass nicht erst eine Hebung des Allgemeinbefindens stattfinden kann. — Jetzt verfügt nun Drews bereits über 100 eigene Beobachtungen und etwa 50 solche von Collegen, welche die früheren Empfehlungen von Neuem rechtfertigen. Mehrere Aerzte haben die Somatose zum gleichen Zwecke mit Erfolg verwandt, so z. B. Dr. Temesvary (Budapest), Dr. Lewy (Berlin), Prof. v. Rokitsansky (Graz), welcher letzterer Somatose bei 17 Wöchnerinnen mit ungenügender Milchsecretion benutzte und 11 gute, 3 geringe Erfolge erzielte.

(Therap. Wochenschrift 1897 No. 45.)

— In Bezug auf **Antipyrin** und **Lactation** kam G. Fieux (Bordeaux, Geburtshüfl. Klinik) auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Resultaten: Das Antipyrin geht sicher als solches in die Milch der Stillenden über, wo es 5—8 Stunden nach der Einnahme (von 2 gr) zu höchstens 5% gefunden wird; die Ausscheidung dauert höchstens 18 Stunden. Das Antipyrin beeinflusst in keiner Weise die Qualität der Milch und scheint auch auf die Secretion nicht einzuwirken, welche immer eine sehr reichliche bleibt. Auf den Säugling scheint die undefinirbar geringe Menge des resorbierten Mittels keinen schädlichen Einfluss zu haben. Man ist also vollkommen berechtigt, im Wochenbette das Antipyrin anzuwenden, welches besonders bei den Krämpfen der Erstentbundenen so wirksam ist.

(Bull. méd. 1897 No. 71. — Münchener med. Wochenschrift 1897 No. 42.)

**Struma.** Dr. L. Frey (Wien) kann die Erfolge **parenchymatöser Jodoforminjectionen**, wie sie Rosenberg rühmt

(s. Excerpta d. J. S 74), nur bestätigen, nur betont er die Priorität v. Mosetig's dabei, der 1882 diese Therapie inaugurierte. Als Secundärarzt dieser Klinik hat Frey 1887/88 eine ganze Reihe von Fällen mitgeteilt, die durch jene Methode geheilt wurden und von denen einzelne vom Autor noch gegenwärtig in Evidenz gehalten werden und bis heute nicht das geringste Recidiv aufweisen. v. Mosetig verwendete folgende Formel:

Rp.

*Jodoform 1,0*  
*Aether. sulfur. 5,0*  
*Ol. amygd. dulc. 10,0.*

Von dieser Lösung wurden mittelst Pravaz'scher Spritze 1—2 gr 2—3 Mal wöchentlich in das Drüsenparenchym injicirt. Nie trat bei den Fällen (über 30) eine üble Nebenerscheinung auf. Schon nach 4—5 Injectionen ward die Str. kleiner, nach 10—12 in der Regel geschwunden. Das gilt von der parenchymatösen St., wo stets der Erfolg ein eclatanter war; nachweisbar war der Erfolg bisweilen noch bei St. gelatinosa, bei anderen Formen nicht.

(Therap. Wochenschrift 1897 No. 43.)

— Ueber Thyreoidinbehandlung der St. berichtet Dr. Fr. Hanszel (Wien, Allgem. Poliklinik, Abtheilung Prof. Chiari). Es wurden 1896 dort 220 Strumen dieser Therapie unterzogen, grösstentheils rein parenchymatöse, aber auch solche mit colloider Degeneration, fibröse, cystische, vasculäre und endlich 2 maligne Formen. Meist handelte es sich um das weibliche Geschlecht, und waren die meisten Patientinnen hochgradig anämisch und chlorotisch; gerade von diesen wurde das Mittel recht gut vertragen. Gegeben wurden Thyreoidinpastillen (Merck) à 0,35 gr Thyreoidin, täglich 1 Stück, später 2, nach der Mittagsmahlzeit. Grössere Tagesdosen bewirken bisweilen Ueblichkeiten und Erbrechen, ebenso das Einnehmen vor der Mahlzeit oder nüchtern. Bei obiger Darreichungsweise aber trat dies nicht ein, das Mittel wurde stets gut vertragen. Was die Heilerfolge anbelangt, so wurden die besten erzielt bei rein parenchymatösen Formen. Schon nach den ersten 5—7 Pastillen zeigte sich meist eine Abnahme des Halsumfanges, wo nicht, so wenigstens

ein deutliches Weicherwerden der St., dem dann gewöhnlich im 2. oder längstens 3. Turnus (= Woche), also nach ca. 20 Pastillen, eine Verringerung des Umfanges um durchschnittlich 3—4 cm folgte. Im Allgemeinen hatte, wenn nach ca. 20 Pastillen eine Besserung nicht zu constatiren war, auch die weitere Verabreichung des Medicaments nur minimalen Einfluss! Den eclatanten Fällen, bei denen der grösste Umfang im Verlaufe der Behandlung — durchschnittlich 4 Wochen — um 5—9 cm abnahm, stehen nun allerdings auch Fälle rein parenchymatöser Strumen gegenüber, die der Behandlung durchaus trotzten. Diese Fälle erwiesen sich aber auch jeder anderen Therapie gegenüber als indolent, mit Ausnahme von 4 Fällen, in denen nach erfolgter Thyreoidintherapie die Verabreichung von Thymus-tabletten (Merck) à 0,2 gr Thymus, Erfolg hatte. Diese Pastillen (3 Mal täglich 3 Stück nach den Mahlzeiten) wurden hier besser vertragen, als Thyreoidin, und führten ein Weicherwerden der St. und Umfangabnahme (2—3 cm) herbei; in allen diesen 4 Fällen bestand infantiler Habitus. Bei jenen parenchymatösen Strumen, in denen sich derbelastische Colloidknollen eingelagert fanden, zeigte sich während jener Behandlung deutliche Consistenzverminderung und mässiges Schwinden des hyperplastischen Theiles der St., so dass die Knollen viel deutlicher hervortraten. Bei rein colloider, cystischer, vasculöser St. war Thyreoidin gänzlich machtlos, hingegen wurde eine fibröse St. weicher und kleiner. In einem der beiden malignen Fälle mit hochgradiger Trachealstenose gab Pat. nach 14 Pastillen an, er könne entschieden leichter athmen, objectiv war aber eine Aenderung nicht nachweisbar. Im 2. Falle entzog sich Pat. nach 7 Pastillen der Behandlung. Von den 220 Fällen erlitten 75 eine Aenderung des Körpergewichts, 67 im Sinne einer Abnahme, die übrigen einer Zunahme. In 2 Fällen betrug der Gewichtsverlust nach dem 1. Turnus 5 kg, in einem 6 kg und blieb auch im weiteren Verlauf bestehen; es handelte sich um fettleibige Frauen, bei denen auch sichtliche Abmagerung eintrat. Recidive traten 22 Mal ein, indem nach mehrmonatlichem Aussetzen der Therapie der Strumaumfang wieder etwas zunahm; doch erreichten

die Maasse nie die ursprüngliche Höhe und verringerten sich meist schon nach einem Turnus.

(Wiener klin. Wochenschrift 1897 No. 46.)

- 4 Fälle von Strumametastasen im Knochen führt Dr. K. v. Hofmann (Wien, Albert'sche Klinik) vor. Fall I betraf eine 69jährige Frau, die am 24./XII. 96 über eine Thürschwelle fiel, sich nicht mehr erheben konnte und sofort heftige Schmerzen in der linken Hüfte und im linken Oberarm verspürte. Am 3./I. in die Klinik gebracht, hier eine Fractura colli femoris sin. und eine hochgelegene Fractur des linken Humerus constatirt. Sofort auch auffallend die rasche Athmung und hohe Pulsfrequenz. Beiderseitige Bronchopneumonie, am 13./I. Exitus letalis. Obductionsbefund: Im linken unteren Schilddrüsenlappen ein etwa hühner-eigrosser colloider Knoten; auch rechterseits im Unterlappen, in die Pleurakuppe hineingewölbt, ein etwa faustgrosser Tumor von ähnlicher Beschaffenheit. Aehnliche Knötchen in beiden Lungen. Im oberen Fünftel des Oberarms der Knochen durch einen beinahe faustgrossen Tumor substituiert, welcher schon makroskopisch als Schilddrüsen-gewebe imponirte. Es fand sich mikroskopisch Adenocarcinom der Schilddrüse, zugleich mit Metastasen im Oberarme und den Lungen; im Bereiche des Tumors war der Knochen fracturirt. Intracapsuläre linksseitige Schenkelhalsfractur; dasselbst kein Tumor. Bei Fall II hatte sich bei der 26jährigen Patientin vor 13 Jahren, angeblich nach einem Faustschlage ins Gesicht, 4 Tage nach dem Insult, eine 4kreuzerstückgrosse Geschwulst in der Gegend des linken Jochbeins gezeigt. Die Geschwulst soll Anfangs ziemlich rasch, später langsamer gewachsen sein. Seit ihrem 15. Lebensjahre merkte die Pat., dass ihr Hals dicker wurde, und seit 5 Jahren fühlte sie eine Geschwulst rechts von der Mittellinie des Halses. Status praesens: In der Gegend des linken Jochbogens eine ca. kindsfaustgrosse, knochenharte Geschwulst mit unveränderten Hautdecken. Die Geschwulst wölbt sich gegen die Orbita ein und verdrängt den Bulbus nach oben und innen; nach innen grenzt sie fingerbreit vom Nasenbein, nach unten reicht sie in Form eines grossen

Zapfens, der von der vorderen Mundhöhle in der Gegend der Mahlzähne fühlbar ist und anscheinend nicht dem Oberkiefer aufsitzt; nach hinten begreift sie den ganzen Jochbogen daumenbreit vor dem Meatus auditor. extern., nach oben reicht sie bis zur Grenze des aufsteigenden Jochfortsatzes. Am Halse findet sich in dem rechten Lappen der Schilddrüse eine kugelige Geschwulst von Apfelgrösse. Am 29./V. 93 Exstirpation des Jochbeintumors, am 25./VI. Enucleation der St.; am 15./VII. Entlassung. Mikroskopisch: Adenocarcinom der Schilddrüse, Metastase im Jochbein. Ferneres Schicksal unbekannt. Bei Fall III gab die 43jährige Pat. an, seit 4 Jahren die langsame Entstehung eines Blähhalses zu bemerken. Im rechten Schilddrüsenlappen ein orangegrosser Tumor. Am 23./VI. 92 Enucleation; am 9./VII. geheilt entlassen. Mikroskopisch: Gallertkropf, nirgends Anzeichen von Malignität. Bald nachher bemerkte Pat. eine Geschwulst an der rechten Seite des Rückens, welche zeitweilig, besonders bei Bewegungen, Schmerzen im rechten Arme verursachte. Status praesens: Geschwulst, die sich vom medialen Ende der rechten Scapula unterhalb der Spina scapulae bis zur äusseren Axillarlinie, die Scapula überragend, hinzieht und sich von der letzteren nicht abheben lässt; von normal verschieblicher Haut bedeckt, von mässig derbem Gefüge. Am 31./V. 93 Abtragung des Angulus scapulae in grossem Umfange. Exstirpirter Tumor eiförmig, Längsdurchmesser 11 cm, Quer- und Dickendurchmesser 6 cm, ist mit den Muskeln verwachsen, Grenze gegen den gesunden Knochen nur eine allmälige; im Durchschnitt Hohlgebilde mit  $1\frac{1}{2}$ —2 cm dicker Wand, Höhle erfüllt von einer gelblichen, klaren, dünnen Flüssigkeit. Mikroskopisch: Adenocarcinom der Schilddrüse. Am 17./VI. 93 Pat. geheilt entlassen. Am 26./V. 1895 neuerliche Aufnahme. Nach der Operation hatte die Pat. wenig Beschwerden, wenn auch die volle Beweglichkeit und Brauchbarkeit des rechten Armes nicht mehr zurückgekehrt war. Im December 1894 stellten sich wieder Schmerzen ein, die Beweglichkeit wurde immer mehr eingeschränkt, es zeigte sich wieder ein Tumor am rechten Schulterblatt, der rasch wuchs und Faustgrösse erreichte. Status praesens: An der rechten Scapula

der untere Winkel in einer Ausdehnung von 3 Fingerbreiten fehlend; am äusseren Rande des Scapularrestes eine über faustgrosse, derbe Geschwulst palpabel, die sich bis zum Processus glenoidalis scapulae fortsetzt; Haut darüber normal. Am 27./II. 95 Operation, wobei es sich zeigt, dass der Tumor auch den Proc. glenoidalis scapulae substituiert; deshalb totale Exstirpation der Scapula unter Zurücklassung nur des Proc. coracoid. Am 12./III. wird dann Pat. geheilt entlassen. Pat. soll im Februar 1897 an Gehirnerweichung (?) gestorben sein, ohne dass ein neuer Tumor (mit Ausnahme einer Schwellung an der linken Seite des Halses) auftrat. Fall IV endlich betraf eine 56jährige Pat., die vor 3 Monaten eine schmerzlose Geschwulst an der rechten Seite des Halses bemerkte zugleich mit einer schmerzhaften Schwellung in der rechten Kreuzbeingegend. Die Schwellung des Halses nahm langsam zu, es stellten sich in die Nackengegend ausstrahlende Schmerzen, Athem- und Schluckbeschwerden, Herzklopfen, sowie Krämpfe im rechten Beine ein, ausserdem in der letzten Zeit starke Abmagerung. Status praesens: An der rechten Halsseite ca. apfelgrosser, mit starker Prominenz versehener, derber, schmerzloser Tumor; Haut darüber von zahlreichen erweiterten Venen durchzogen, blauröthlich verfärbt, nicht verschieblich; in der rechten Sacralgegend eine diffuse schmerzhaftige Schwellung, Haut darüber etwas verschieblich. Beide Tumoren wuchsen rapid. Es traten heftige ausstrahlende Schmerzen im rechten Arm und rechten Beine auf. Am 23./V. 96 (6 Wochen nach der Aufnahme) Aufbruch der Halsgeschwulst und heftige Blutung aus derselben. Diese Blutungen wiederholten sich, am 11./VII. Exitus. Sectionsbefund: Sarcoma fibrocellulare gland. thyreoid. lobi dextri ad columnam vertebralem tendens; Metastases multiplices pulmonum, myocardii, renum, ossis ilei dextri; Oedema brachii dextri ex compressione vasorum in tumore inclusorum; Foramen ovale apertum. — Jeder dieser Fälle hatte etwas Interessantes. Bei Fall I war die St. klein, machte keine Beschwerden, blieb daher während des Lebens unbeachtet und wurde erst bei der Section entdeckt. Auch die Geschwulst im linken Oberarme blieb während des Lebens unentdeckt, die Fractur

wurde für rein traumatisch gehalten. Fall II war zunächst bemerkenswerth durch das jugendliche Alter der Pat. Auch hier machte die primäre Geschwulst Anfangs keine Erscheinungen und blieb lange unbemerkt. Sonst bot der Fall einen Beleg dafür, dass Schilddrüsenmetastasen sehr häufig in den Gesichts- und Schädelknochen auftreten. Klinisch erwies sich die Erkrankung als relativ gutartig, und war die Exstirpation der primären Geschwulst sowie der offenbar solitären Metastase durchaus gerechtfertigt. Auch Fall III kann man trotz des letalen Ausgangs nicht als sehr bösartig bezeichnen wegen der langen Dauer der Krankheit und des Solitärbleibens der Metastasen. Dass die Exstirpation des Tumors an der Scapula berechtigt war, zeigte der Erfolg. Bei Fall IV lag die Sache anders; Primärtumor und Metastasen entwickelten sich ungemein rasch und machten grosse Beschwerden, rasch kam es zur Kachexie, kurz, die Zeichen der Malignität waren deutlich ausgesprochen. Auch in anderer Beziehung war der Fall interessant. Hinterstoisser machte nämlich darauf aufmerksam, dass die Strumametastasen manchmal in der Weise sich entwickeln, dass Geschwulstelemente durch ein offenes Foramen ovale in den grossen Kreislauf gelangen können; auch bei dieser Pat. fand sich ein solches, vielleicht auch eine Erklärung für die rasche und massenhafte Entwicklung der Metastasen, die aber einfach auch ihren Grund darin haben konnte, dass es sich hier nicht, wie bei den anderen Fällen, um Adenocarcinom handelte, sondern um Sarkom, welches ja oft genug viel bösartiger ist, als Carcinom. Im Allgemeinen blieben, wie schon öfters beobachtet, die Strumametastasen lange solitär, so dass eine operative Entfernung derselben häufig Aussicht auf Erfolg hat und man event. in der Lage ist, durch eine oder mehrere Operationen das Leben der Pat. zu verlängern und ihre Beschwerden zu lindern. In keinem der obigen Fälle war es nöthig, die Schilddrüse total zu entfernen, weshalb es nie zu Erscheinungen von Tetanie oder Myxödem kam und andererseits auch keine vicariirende Function von Schilddrüsenmetastasen stattfand.

**Tuberculose.** Einen Fall von primärer T. der Vulva mit elephantiastischen Veränderungen der Klitoris publicirt Dr. E. R. v. Karajan (Wien, I. chirurg. Universitätsklinik). Es handelte sich um ein im Ganzen nicht schlecht genährtes Kind mit einer seit dem 1. Lebensjahr bestehenden, unter Ekzem der Schamgegend auftretenden Hypertrophie der Klitoris, welche Hypertrophie, das ganze Organ gleichmässig befallend, einen penisartigen Tumor darstellte. Die histologische Untersuchung desselben ergab das Vorhandensein von bindegewebiger Wucherung nebst tuberculöser Infection; auch ziemlich zahlreiche Tuberkelbacillen fehlten nicht. Von Anfang an hatte ferner eine Conjunctivitis eczematosa beider Augen bestanden. Der Klitoristumor wurde exstirpirt. An Stelle des Stumpfes entwickelte sich im Laufe von 10 Monaten ein Recidiv, es stellten sich Schwellungen der benachbarten Drüsen und Geschwürsprozesse im Vestibulum und in der Vagina ein, die Augenerkrankung verschlimmerte sich, während in den Lungen und den übrigen inneren Organen Veränderungen nicht zu constatiren waren. Man hatte zweifellos eine primäre T. der äusseren Genitalien vor sich, ein recht seltenes Ereigniss! Offenbar war das erste inficirte Organ die Klitoris. Man könnte sich den Hergang so vorstellen, dass das Kind den von aussen stammenden Infectionstoff bei dem durch das Ekzema pudendi bedingten Kratzen der Klitoris einimpfte, oder dass das schon vorher bestehende Ekzem prädisponirend wirkte für die tuberculöse Infection. Das Vaginalgeschwür, für dessen tuberculöse Natur die rasche Ausdehnung, die gezackten Ränder, der graue Grund genügend sprachen — der negative Ausfall der Tuberkelbacillenfärbung war irrelevant, da nur das schleimig-eitrige Secret untersucht werden konnte, während ein Stück der Gewebe zu excidiren vom Vater nicht gestattet wurde — trat erst lange nach der Erkrankung der Klitoris auf, sodass man annehmen musste, dass die T. von den äusseren zu den inneren Genitalien im Aufsteigen begriffen war, eine der grössten Seltenheiten. Ganz besonderes Interesse bot aber auch jene tumorartige Vergrösserung, welche die Klitoris in toto zu einem zapfenförmigen Gebilde umgestaltete, nicht unähnlich einem hakenförmig nach abwärts



gekrümmten Penis hypospadiæus. Worauf dieser Tumor beruhte, ergab die schon erwähnte histologische Untersuchung, es war etwa das Bild einer Elephantiasis clitoridis; dabei waren die übrigen äusseren Schamtheile von normaler Grösse, nur die grossen Lippen ödematös geschwollen. Es ist bekannt, dass entzündliche Schleimhauterkrankungen, namentlich an den Genitalmündungen, zu papillären Hypertrophieen und Gewebswucherungen führen können. So ist es ja auch beim Lupus. Dieser kam hier nicht in Betracht, wie der histologische Befund zeigte, ebensowenig echte Hauttuberculose. Die Elephantiasis entstand hier offenbar so, dass die erfolgte tuberculöse Infection einen genügenden Reiz abgab zur Proliferation des Bindegewebes, wobei man aber auch des Ekzems und der mechanischen Insulte nicht vergessen darf, welche selbst wieder in einem causalen Verhältnisse zu einander stehen. Das Kind war zur Zeit des Beginnes der Beobachtung 2 Jahre alt.

(Wiener klin. Wochenschrift 1897 Nr. 42.)

- Den bisherigen 16 Beobachtungen über **Myositis tuberculosa** fügt Dr. Ch. Grout 2 persönliche hinzu. Die erste betraf ein 8jähriges Kind mit Pott'scher Kyphose seit 8 Monaten, das sich an den einen Oberschenkel stiess und dort eine Anschwellung bekam, deren eitriger Inhalt einen positiven Impferfolg beim Meerschweinchen ergab. Es handelte sich um eine Höhle mit fungösen Wänden im Vastus externus, die von gesunden Muskelmassen begrenzt war und keinerlei Zusammenhang mit irgend einem Knochenherde zeigte. Im 2. Falle zeigte die 19jährige Pat. mit rechtsseitiger Skoliose und zahlreichen Drüsenanschwellungen am Halse einen seit 6 Monaten bestehenden Tumor am unteren Drittel des linken Unterarms. Die Untersuchung mit Röntgenstrahlen ergab ein gesundes Knochengerüst. Von dem Inhalte der Höhle, die in den Beugemuskeln des Unterarmes lag und fungöse Wände zeigte, wurde ein Meerschweinchen mit Erfolg geimpft.

(Thèse de Paris, Juni 1897. — Aertzl. Sachverständigen-Ztg. 1897 No. 20.)

- Einen unter dem Bilde einer croupösen Pneumonie verlaufenden Fall von acuter infiltrirter T. der Lungen

schildert stud. med. Hoke (Prof. v. Jaksch' Klinik in Prag). Prof. v. Jaksch hat auf solche Fälle schon früher aufmerksam gemacht und betont, wie wichtig es ist, bei jedem Fall von anscheinender Pneumonia crouposa das Sputum genau auf Tuberkelbacillen zu untersuchen. Hier handelte es sich um eine 18jährige Dienstmagd, deren Mutter an Phthise gestorben ist; Vater und Geschwister gesund. Vor 5 Wochen trat bei der Pat. Husten auf (sie ist früher gesund gewesen, nur vor 3 Jahren litt sie 15 Wochen an Gelenkrheumatismus, besonders im linken Fussgelenk, das auch steif geblieben ist), ausserdem Nachtschweisse und stechende Schmerzen in der linken Brustseite. Am 1./II. kam es plötzlich zu einem heftigen Schüttelfrost mit starkem Fieber. Am 6./II. wurde u. A. Folgendes constatirt: Hochgradige Röthung und Cyanose an den Wangen, sehr beschleunigte Athmung, ebensolcher Puls (128). Percussion: Ueber der ganzen linken Hälfte des Thorax Dämpfung, dabei Schall deutlich tiefer, als rechts und deutlich von tympanitischem Beiklang. Im Bereiche des Dämpfungsgebietes Pectoralfremitus bis zur 3. Rippe erhalten, von hier an abgeschwächt und in den seitlichen Parthieen der linken Thoraxseite völlig aufgehoben. Percussion hinten: Links Dämpfung bis zum 10. Brustwirbel. Pectoralfremitus beiderseits gleich. Auscultation: Links vorn allenthalben reichliches, mittelgrossblasiges Rasseln, links hinten überall hochbronchiales Athmen; rechts normal. Sputum rothfarben, enthält massenhaft Kokken und Diplokokken, aber keine Tuberkelbacillen. Linkes Hüftgelenk ankylosirt und bei passiven, im Kniegelenk ausgeführten Bewegungen sehr schmerzhaft. Bei der verdächtigen Anamnese, den diesem Leiden vorangegangenen Symptomen (Nachtschweisse, Husten etc.) und dem Vorhandensein des auf T. deutenden Zustandes des Hüftgelenks stellte v. Jaksch die Diagnose auf acute, infiltrierte T. der ganzen linken Lunge. Der weitere Verlauf rechtfertigte diese Diagnose vollkommen. Das Fieber hatte vorwiegend den Charakter einer Continua und war sehr hoch (38,8—40,9°), der Puls war immer frequent, im Sputum zeigten sich vereinzelte Bronchialgerinnsel, doch fiel die tägliche Untersuchung auf Tuberkelbacillen stets negativ aus. Am 13./II. aber traten zum 1. Mal Tuberkelbacillen im Sputum

in mässig reichlicher Zahl auf, sie wurden aber von Tag zu Tag reichlicher, während Pat. von Tag zu Tag benommener wurde, die Milz deutlich palpabel ward und die Milzdämpfung sich verbreiterte. Der physikalische Befund änderte sich insofern, als nun auch über der rechten Lunge der Percussionsschall abnorm laut, abnorm tief wurde und über der rechten Lunge reichliches, diffuses, trockenes Rasseln hörbar ward. Die Benommenheit nahm zu, im Sputum traten alveolär angeordnete, elastische Fasern auf, am 2./II. wurde die Athmung unregelmässig und im tiefsten Coma erfolgte der Exitus. Prof. Chiari's Leichendiagnose lautete: „Tuberculosis granular. chronic. pulmon., Tuberculosis recentior infiltrata pulmon. praecipue lobi inferior. sin., Tuberculosis chronic. glandular. lymphatic. peribronchialium, Tuberculosis miliaris renum; Arthritis deformans coxae sinistrae.“ Also nur betreffs der Gelenksaffection hatte man sich getäuscht, die Lungenaffection aber war richtig trotz des rostfarbenen Sputums, welches auch Gerinnsel enthielt, keine pneumonische, sondern eine tuberculöse.

(Prager medic. Wochenschr. 1897 No. 46.)

- **Traumatische Lungentuberculose** ist ein sehr seltenes Leiden, und alle bisher gemeldeten Fälle sind nicht ganz einwandfrei. Dass es aber traumatische Phthise giebt, zeigt ein von Dr. O. Schrader (Knappschaftslazareth in Königs-hütte) publicirter Fall. Ein 29jähriger, hereditär nicht belasteter Arbeiter, der bis dahin stets gesund gewesen war, von seinem 16. Lebensjahr ab schwer ununterbrochen gearbeitet und auch beim Militär gedient hatte, fiel am 20. Mai d. J. durch Ausgleiten mit grosser Wucht auf eine Holzschwelle mit dem Rücken auf und war etwa  $\frac{1}{4}$  Stunde lang bewusstlos. Am Abend dieses Tages trat schon Gefühl von Kranksein auf, aber Tags darauf arbeitete Pat. wieder, musste aber wegen schlechten Allgemeinbefindens, Kopfschmerzen und „Fiebers“ wieder von der Arbeit fort und wurde am 22. Mai aufgenommen. Er zeigte über dem rechten Schulterblatte eine 10 cm lange, 1 cm breite Hautabschürfung, fieberte ( $38,8^{\circ}$ ), war cyanotisch, athmete mühsam und klagte über innerliche Schmerzen beim Husten unter jener Hautabschürfung; objectiv

liessen sich an dieser Stelle pneumonische Erscheinungen constatiren, und in den nächsten Tagen konnte bestimmt die Diagnose Pneumonie im rechten Unter- und Mittellappen gestellt werden. Von da ab machte sich ein für T. ganz charakteristischer Fiebertypus — abendliche hohe Temperaturen und Morgenremissionen zur Norm oder wenig darüber — geltend, die Dämpfung breitete sich über der ganzen rechten Lunge aus, und am 2. Juli konnten im Sputum Tuberkelbacillen nachgewiesen werden, das Körpergewicht nahm ab. So ging es bis in den August hinein, dann zeigte sich Wendung zum Besseren, das Körpergewicht stieg wieder, die Temperatur blieb normal, die Tuberkelbacillen verschwanden. Im September waren nur noch Spuren der Affection nachweisbar, und auch diese verloren sich bald darauf, so dass Pat. als ganz gesund zu betrachten ist. Der ganze Verlauf der Erkrankung, die zudem an der durch das Trauma getroffenen Stelle sich etablirt hatte, sprach für obige Diagnose in klarster Weise. Ob jene anfängliche Pneumonie eine Contusionspneumonie war, welche für die Invasion der T. erst günstige Bedingungen schuf, oder ob der Tuberkelbacillus direct in dem gequetschten Lungengewebe für seine Ansiedelung günstige Verhältnisse fand und es sich schon direct um tuberculöse Pneumonie handelte, lässt sich nicht ohne Weiteres sagen, ebensowenig, ob der Tuberkelbacillus erst von aussen eindrang oder irgendwo im Körper bereits latente T. bestand, jedenfalls aber hatte das Trauma an Ort und Stelle Veranlassung zur T. gegeben.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 46.)

- Die **hygienisch-diätetische oder abhärtende Behandlung der Lungentuberculose** ist nach Dr. Fr. Kölbl (Wien) diejenige, welche die meisten Besserungen und Heilungen zu Stande bringt. Ihre Elemente sind: Geeignetes Klima, Abhärtung, reichliche Ernährung und Bewegung. Das geeignete Klima findet man im Gebirge und am Meer, dort in der reinen, sauerstoffreicheren, hier in der feuchten, staubfreien Luft mit den stärkenden Seebädern, endlich im Süden mit seiner gleichmässigen Wärme. Viel trägt natürlich die geänderte, regelmässige Lebensweise bei dem Klimawechsel bei. Letzterer selbst ist jedoch weder

ein unbedingtes Erforderniss der Heilung, noch ein sicheres Heilmittel, und viele unserer Phthisiker erzielten durch längeren Aufenthalt in einem unserer Gebirge ebensolche Besserung, wie andere am Meere oder im Süden erreichten. Ja für viele ist es besser, im gewohnten Klima zu bleiben, als nach dem Süden zu gehen, von wo zurückgekehrt sie die Unbilden unseres Klimas viel schwerer ertragen und nur Schaden haben. Freilich die Kohlen- und Staubluft der Stadt ist kein Ort für den Phthisiker, aber staubfreie, reine, vor Wind geschützte, etwas bewegte, aber nicht grossen Temperaturschwankungen ausgesetzte Luft, wie man sie in unseren Gebirgen findet, die noch frische Flussbäder bieten, die ist heilbringend, wenn sie reichlich genossen wird. Der Pat. soll sich daher hier ohne Furcht vor Erkältung viel im Freien bewegen, ja bei halb-offenem Fenster schlafen, im Freien Stunden lang liegen. Hervorragende Unterstützungsmittel dieser abhärtenden Dauerluftcur sind neben vernünftiger Hydrotherapie in Form von kalten Waschungen oder täglichen kurzen, kühlen Bädern noch Bergsteigen, Schwimmen, Turnen, Radfahren etc., das auch schwerere Kranke, wenn es vorsichtig, langsam geschieht, gut vertragen. Die Ernährung ist heut zu Tage keine forcirte mehr, keine auf Fette beschränkte, sondern gemischte Nahrung in reichlicher Menge ist die Parole. Auch künstliche Präparate spielen dabei eine grosse Rolle. Vorzüglich ist Eucasin, das Milchpräparat mit 95% Eiweiss, ein weisses, fast geruch- und geschmackloses Pulver, das stets gern genommen (bei jeder Mahlzeit 1 Esslöffel in Kaffee, Cacao, Suppen, Gemüse, Reis, Mehlspeisen) und vorzüglich resorbirt wird. Alkohol wird zwar nicht mehr so ausgiebig angewandt, wie früher, aber es ist seine Anwendung immerhin noch eine weite. Im Anfangsstadium gebe man die an Nährstoffen reicheren Biersorten und gute Weine in geringer Menge, da z. B. ein Glas guten Weines entschieden den Appetit und den ganzen Organismus anregt (nur bei Disposition zu Haemoptoë und Blutandrang keinen Alkohol!), in späteren Stadien grössere Quantitäten (z. B.  $\frac{1}{2}$  Liter feurigen Roth- oder ungarischen resp. spanischen Weins und 50 gr Cognac pro die oder Arac, Rum etc.). Medicamente werden wir bei der Bekämpfung der Symptome kaum entbehren können. Specieell als Sto-

machicum und Tonicum empfiehlt Autor warm das Guajacetin,\*) ein weisses, geruchloses, etwas bitter schmeckendes Pulver, das die guten Eigenschaften des Kreosots und Guajacols ohne deren störende Nebenwirkungen in sich vereinigt; man giebt es zu 0,5 drei Mal täglich  $\frac{1}{4}$  Stunde nach dem Essen.

(Wiener medic. Presse 1897 No. 50.)

**Tumoren.** Ueber einige besonders schwierige und praktisch wichtige differentiell-diagnostische Fragen in Bezug auf die Localisation der Hirntumoren stellt Dr. L. Bruns (Hannover) Betrachtungen an, die er folgendermaassen zusammenfasst:

1. Gleichgewichtsstörungen bilden ein Herdsymptom sowohl bei Geschwülsten des Stirnhirnes wie des Kleinhirnes. Verwechselungen zwischen diesen beiden Sitzen von T. sind deshalb schon öfter vorgekommen. In den meisten Fällen ist eine Differential-Diagnose möglich bei sorgfältiger Berücksichtigung der Nachbarschafts- und Allgemeinsymptome, die fast immer beim Stirnhirntumor wesentlich andere sind, als beim Kleinhirntumor.
2. Die homonyme Hemianopsie an sich ist für eine Localdiagnose bei T. nur sehr wenig zu verwerthen. Ist rechtsseitige homonyme Hemianopsie von Anfang an mit Alexie und optischer Aphasie verbunden, so kann man einen Tumor im Marke des linken Hinterhauptlappens diagnosticiren.
3. Die T. in der Nachbarschaft der Centralwindungen, speciell im Stirn- und Parietalhirn, sind nach den (scheinbaren) Herdsymptomen oft schwer oder gar nicht von denen der Centralwindungen selbst zu unterscheiden.
4. Die percutorischen Erscheinungen am Schädel — Empfindlichkeit, Tympanie und Bruit de pot fêlé — sind, wenn sie ausgeprägt und ausgedehnt sind, für die Allgemeindiagnose des Tumors, wenn sie deutlich umschrieben sind, für seine Localdiagnose von grosser Wichtigkeit. Letzteres be-

\*) Auch Dr. J. Arnold Goldmann (Wien) theilt mit (Wiener medic. Wochenschrift 1897 No. 50), dass ihm Guajacetin und Eucasin bei der Behandlung von Phthisikern die besten Dienste geleistet haben.

sonders dann, wenn der vermuthliche Ausgang der Hirnsymptome und die percutorischen Erscheinungen topographisch übereinstimmen. In den sub 3 erwähnten Fällen von schwieriger Localdiagnose zwischen T. der Centralwindungen und ihrer Nachbarschaft können deutlich umschriebene percutorische Erscheinungen die endgiltige Entscheidung geben; sie können hier also für die Localdiagnose wichtiger sein, als die Hirnerscheinungen selbst. Deutlich umschriebene percutorische Empfindlichkeit und Tympanie ist kaum anders möglich, als wenn der Tumor wenigstens in der Nähe der Rinde sitzt.

(Wiener klin. Rundschau 1897 No. 45/46.)

- Einen Fall spontaner Ablösung eines grossen Fibropolypen von den Choanen erlebte Dr. Karl Morelli (Budapest, laryngolog. Klinik). Der 63jährige Pat. gab an, dass sein Gehörvermögen seit 1892 schwächer sei, zugleich ist das Athmen durch die Nase recht erschwert; nach einigen Monaten erschien im rechten Naseneingang eine Geschwulst. Autor sah den Pat. im Sept. 1893 und rieth ihm die Entfernung des fast eigrossen Tumors an, worauf jener aber nicht einging. Die Geschwulst wuchs dann zusehends, Gehörstörungen und Athembeschwerden verschlimmerten sich. Der Tumor verbreitete sich auf den Rachenraum, so dass Pat. nur mit weit geöffnetem Munde athmen konnte, sehr schwer sprach und fast nichts mehr hörte. Am 26./VII. 96 trank er gierig ein Glas Wasser, dann fiel er in seinen Sessel zurück und bekam starke Erstickungsanfälle, zuletzt Ohnmacht. Aus dieser erwacht, hatte er das Gefühl, als ob etwas seine Kehle drücke, und griff in seiner Todesangst mit 2 Fingern in den Rachen, wo er einen fremden Körper fand, den er leicht und schmerzlos herauszog, worauf er sofort rein sprechen konnte und Alles gut hörte. Kurze Zeit darauf heftiges Bluten, das aber nach einigen Minuten sistirte. Tags darauf kam Pat. und brachte in einem Glase den Tumor, der 2 Finger dick und birngross war, gezackte Ränder zeigte und von geronnenem Blute bedeckt war. Autor spülte die Nase mit 1%iger Alaunlösung aus und tampoirte mit in 30%igem Tanninglycerin getauchten Jodo-

formgazestreifen. Letztere wurden am 3. Tage entfernt und dann ausgespült. Als Pat. am 20. Tage seine Arbeit wieder begann, starke Blutung. Dieselbe wiederholte sich und Pat. wurde in sehr erschöpftem Zustande ins Spital geschafft. Hier Ausspülungen (1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Alumnol) und wieder jene Tampons, worauf Heilung eintrat.

(Ungar. medic. Presse 1897 No. 46.)

— Eine Nasenschleimhautcyste demonstrierte W. Lublinski.

Eine 32jährige, vorher niemals nasenkrankte Dame bemerkte vor einem Jahre eine allmählig zunehmende Verstopfung der rechten Nasenseite. Diese erreichte aber ein plötzliches Ende auf einer anstrengenden Fahrradtour, nachdem sich aus der erkrankten Nasenseite eine zähe, gelbliche Flüssigkeit entleert hatte. Die Dame fühlte sich dann vollkommen frei, bis vor  $\frac{1}{4}$  Jahr sich in immer steigendem Maasse die alte Beschwerde einstellte. In der linken Nase fand sich nichts Krankhaftes, auch die rechte Nase war intact, nur im hintersten Abschnitt durch eine mandelgrosse, kurzstielige, weisslich durchscheinende, bei heftigen Schnaubbewegungen sich ein wenig bewegende Geschwulst verlegt, deren Ansatzstelle das hintere Ende der mittleren Muschel war. Autor dachte an Schleimpolyp und führte die schneidende kalte Schlinge um den Tumor. In dem Augenblick des Durchschneidens ergoss sich etwa 1 Theelöffel einer zähen, bernsteingelben Flüssigkeit aus dem Nasenloch, die Schlinge kam leer zurück. Durch Schnauben wurde dann der Balg entfernt, der sich in seinem Bau als Schleimhautcyste erwies. Solche Nasencysten sind ausserordentlich selten; man hat es aber stets mit Retentionscysten zu thun.

(Berl. medic. Gesellschaft 10. Novemb. 1897. —  
Berl. klin. Wochenschrift 1897 No. 48.)

— Einen Fall von Carcinom des Ohres stellte Treitel vor. Die über 76 Jahre alte Pat. consultirte ihn zuerst im Juli d. J. und bot da ungefähr dieselben Erscheinungen, wie jetzt. Am Eingang des Gehörgangs harte, graurothe Granulationen, leicht blutend; Gehörgang ganz mit ihnen ausgestopft; es sickert übelriechender Eiter aus der Tiefe hervor; Warzenfortsatz an der Spitze em-



pfündlich; kleine, harte Drüse palpibar; Gehör = 0. Die daraufhin gestellte Diagnose wurde mikroskopisch bestätigt; es handelte sich um ein drüsenförmiges Carcinom mit vorwiegend cylindrischen Zellen. — Der Fall bietet dadurch ein besonderes Interesse, dass bereits im August 1891 auf der Kgl. Ohrenklinik die Diagnose gestellt wurde; man nahm von einer Operation Abstand und behandelte wahrscheinlich mit Pulv. Sabinæ. Die Carcinome des Ohres verlaufen sonst ziemlich rasch; in 1—1½ Jahren pflegt der Exitus einzutreten. In obigem Fall machte der Tumor keine Fortschritte und griff den Organismus der Pat., die wohlgenährt erscheint, nicht an. Es erinnert das an einen Fall von Denkes, wo ein Carcinom des Ohres 3 Jahre lang keine Fortschritte machte, nach einem Influenzanfall aber rapid um sich griff. Die Bedingungen freilich, unter denen ein Tumor bösartig wird, resp. seine Benignität verliert, sind uns noch zu unbekannt, als dass man hier die Frage über Benignität des obigen Tumors beantworten könnte.

(Ibidem.)

— In Betreff der Aetiologie der Uterusmyome stellt Th. Meyer in einer Arbeit folgende Sätze auf:

Die Uterusmyome kommen relativ häufiger vor bei Ledigen und nicht zur Conception gelangenden Frauen, als bei verheiratheten Frauen mit Kindern.

Die Fibromyome entstehen nur im geschlechtsreifen Alter in der menstruellen Lebensperiode, und so kommen die meisten in der Zeit vom 30. bis 50. Lebensjahre zur Beobachtung. Nach der Menopause bilden sie sich häufig zurück.

Die Sterilität und die herabgesetzte Fertilität sind entschieden als Ursachen und nicht als Folgen der Myombildung anzusehen.

Einen nachweisbaren Einfluss auf die Myombildung besitzen nur die menstruellen Congestionen zum Uterus.

(Inaug.-Dissert. Halle a. S. 1897. — Centralblatt f. Gynäkologie 1897 No. 47.)

**Ulcus cruris.** Eine einfache und wirksame Behandlung des chronischen U. empfiehlt v. Langsdorff (Baden-Baden), da ihn dieselbe in den letzten 10 Jahren bei über

200 Fällen nie im Stich gelassen hat. Das Wesentliche ist eine gründliche, tiefgehende, auf den Geschwürsgrund und seine nächste Umgebung sich erstreckende Desinfection, die Autor in folgender Weise erreicht: Nachdem das Bein mit Schmierseife eingerieben und sodann sauber abgewaschen und abgetrocknet worden ist, werden sämtliche Geschwüre dick mit Calomel bestreut, das sodann mit einem in Wasser getauchten, armirten Watteträger zu einem dicken Brei angerührt wird. Auf diesen Brei wird feines Kochsalz gestreut und darunter gemischt, darüber ein Gaze-Watteverband angelegt. Durch Bildung von Sublimat, das in statu nascendi höchst energisch wirkt, tritt bald ein intensives Brennen ein, welches in abnehmender Stärke etwa 3—4 Stunden dauert. Bei sehr empfindlichen Pat. könnte eine Morphinum-injection vorausgeschickt werden; Autor kam stets ohne solche aus. Nach 24 Stunden werden die Wunden abgewaschen. Man sieht dann, dass sämtliche Granulationen abgeätzt sind, und hat nun eine gut aussehende, trockene Wundfläche vor sich. Manchmal bleibt, besonders in der Mitte des Geschwürs, ein kleiner Aetzschorf hängen, der sich jedoch bald abstösst. Nun genügt es, durch Auflegen einer reizenden Terpentinsalbe, wie des Unguent. basilicum, bei Anfange und möglichst lange eingehaltener Bettruhe die Wundfläche zur Abheilung zu bringen. Dies tritt auffallend rasch ein und findet lebhaft Ueberhäutung statt. Wuchern, was selten vorkommt, die Granulationen zu stark, so hilft am besten leichtes Ueberstreichen mit der glatten Fläche eines grossen Krystalls von Cupr. sulfur. Manchmal tritt, wenn das Geschwür beinahe zugewachsen ist, Stillstand der Epidermisbildung ein; dann lässt Autor Emplastr. consolidans auf einen vorher möglichst rein gemachten, glatten, weissen Carton (Visitenkarte) streichen und denselben unter leichter Compression durch Watteüberdeckung auf die Wunde binden. Etwaige zurückgebliebene Callositäten verschwinden dadurch ebenfalls rasch. Nach Heilung legt Autor über den ganzen Fuss und Unterschenkel bis zum Knie auf 14 Tage einen Zinkleimverband an. Die Narben sind sehr fest und haben keine Neigung aufzubrechen. Nachtheilige Folgen wurden nie gesehen. — Mit gleich günstigem Erfolg verwendet Autor die Aetzung mit Calomel und Salz

bei chronischem Unterschenkeleczem, bei dem die Haut tief inficirt und mit unzähligen, in der Tiefe granulirenden, feinen Rhagaden durchsetzt zu sein pflegt. Man rührt sich dann Calomel und starke Salzlösung zu einem dünnen Brei und bepinselt die vorher entfettete Haut einige Male damit. Nach einmaliger Anwendung pflegen auch stark nässende Ekzeme zu heilen.

(Centralblatt für Chirurgie 1897 No. 46.)

**Ulcus molle.** Ueber die Resultate der Itrolbehandlung venerischer Geschwüre berichtet Dr. O. Werler (Berlin). Auf Grund von 40 Beobachtungen kommt er zu folgendem Résumé:

1. Die Itrolbehandlung eignet sich wegen ihrer bactericiden Energie, ihrer Dauerwirkung und Tiefenaction zur Heilung der venerischen Geschwüre und bewirkt vermöge einer gründlichen, allmäligen, continuirlichen Desinfection und Antisepsis in kurzer Zeit eine Sistirung des Destructionsprocesses, sowie eine Umwandlung der inficirten Schankerherde in gereinigte, gutartige, gesunde Wundflächen ohne Schädigung der normalen Gewebssubstanz.
2. Die Itrolbehandlung hat den Vorzug absoluter Geruchlosigkeit, geringer Schmerzerregung, vollständiger Reizlosigkeit und äusserster Sparsamkeit.
3. Die Itrolbehandlung bietet in Folge der mangelnden Irritation der eitrigen Geschwürflächen und der Verhütung einer Retention der purulenten und virulenten Wundsecrete die berechnete Aussicht auf eine Prophylaxis gegen die im Verlauf des U. zur Entwicklung gelangenden acuten Secundäraffectionen der Inguinaldrüsen suppurativer oder virulenter Natur.

Die Behandlung selbst war folgende: Zuerst wurde mittelst eines einfachen Zerstäubungsapparates für Flüssigkeiten mit kräftigem Gebläse eine Bespritzung des ganzen Geschwürsherd durch den kräftig applicirten Itrolspray (Lösung 1:4000) vorgenommen, so gründlich und ausgiebig, dass die schankröse Wundfläche durch den darauf geschleuderten Sprühnebel von dem infectiösen Eitermaterial und den destruirten Gewebsetzen

befreit wurde. Sodann erfolgte sorgfältige Abtrocknung des Geschwürs mittelst kleinen, um eine Pincette gewickelten Wattestückchen, worauf die vollständig getrocknete Wunde mit feinstpulverisirtem Itrol dicht bestreut und dann durch einen Watteverband geschützt wurde. Dieses Verfahren soll der Arzt täglich selber ausführen, bis der destructive Charakter beseitigt ist; dann erst kann der Pat. selbst sich weiter behandeln. Der Itrol-spray vermag ausser der energischen Wundreinigung einen mächtigen stimulirenden Einfluss auszuüben und so zu einer beträchtlichen Anregung von neuen, gesunden Granulationen wirksam beizutragen, wozu dann die weitere Application von Itrolpulver mit ihrer vorzüglichen Wirkung hinzutritt. Dies alles beschränkt sich aber nicht nur auf ein einfaches U. und dessen Modificationen (U. elevatum, gangraenosum, phagedaenicum) und diphtheroide Ulcerationen, sondern auch indurirte Schanker, geschwürige Primäraffecte zeigen bei dieser Therapie überraschende Tendenz zur Verheilung; in allen Fällen also, wo man sich im Zweifel darüber befindet, ob es sich um U. oder eine specifische Geschwürsaffection handelt, oder ob ein sogen. Chancre mixte vorliegen könnte, wo man also mit der Diagnose auf Wochen hinaus in suspenso bleiben muss, wird man mit Vortheil die Einleitung der localen Itrolbehandlung beginnen und bald eine Vernarbung herbeiführen, womit der Arzt einem Vorwurf, die richtige Diagnose nicht früh genug gestellt zu haben, entgehen und der Pat. zunächst, den eclatanten Heilerfolg betrachtend, zufrieden sein wird.

(Sep.-Abdr. aus der Dermatolog. Zeitschrift Bd. X.)

---

## Vermischtes.

---

### — Was leistet die Kolpotomie gegenüber der Laparotomie?

Diese Frage sucht Dr. Rosenstein (Breslau) im Anschluss an mehrere eigene Beobachtungen zu beantworten. Dem interessanten Artikel entnehmen wir Folgendes: Wer ohne Kenntniss der Dinge die glänzenden Statistiken verfolgt, welche die einzelnen Operateure bei Laparotomien verzeichnen, der wird nicht recht verstehen, warum neue Vorschläge gemacht werden, den Bauchschnitt zu umgehen und andere Operationsmethoden an seine Stelle zu setzen. Der Eingeweihte weiss freilich, dass die Laparotomie doch immer ein schwerer Eingriff ist, trotz der Asepsis und Trendelenburg'schen Hochlage, und auch bleiben wird trotz der neuerdings empfohlenen sterilen Handschuhe, als Eingriff an sich zweifellos schwerer, als die vaginale Eröffnung des Peritonealraumes. Die Gründe hierfür liegen hauptsächlich darin, dass der Shok bei der Laparotomie ein weit grösserer ist, dass das Peritoneum und die Därme ungleich mehr und stärkeren chemischen und mechanischen Insulten ausgesetzt sind, als bei vaginaler Methode, und dass die Laparotomiewunde die höchste, die vaginale aber die tiefste Stelle des Wundraumes einnimmt, was für event. Abgang von Secreten nicht unwichtig ist. Aber auch der vaginalen Methode der Kóliotomie haften grosse Mängel an. Als concurrirende Methode gegenüber der Laparotomie ist sie freilich derselben in einzelnen Fällen überlegen und vorzuziehen, für einen Theil der Fälle aber liefert sie keine besseren Chancen und für sehr viele ist sie weit gefahrvoller und darum ganz ungeeignet. Jedenfalls hat sie den hohen, Anfangs an sie geknüpften Erwartungen nicht entsprochen, sodass die Indicationen für sie immer grössere Einschränkungen erfuhren. Rosenstein hat sich

ihrer in einer Reihe von Fällen bedient, zur Operation von Tumoren des Uterus, entzündlicher Erkrankungen der Adnexe, Tumoren der Ovarien, fixirter Retroflexio uteri etc.; er beschreibt diese Fälle eingehend und schliesst mit folgenden Bemerkungen: Mackenrodt hat die Colpotomia poster. empfohlen und an einer grossen Reihe verschiedener Fälle gezeigt, dass sie ausgezeichnete Resultate liefert. Wenn ihm eine grosse Anzahl Gynäkologen nicht zu folgen vermögen, so liegt es an den Schwierigkeiten, die dieser Methode innewohnen. Es lässt sich nicht verkennen, dass, wo man nur auf das Tastgefühl angewiesen ist, die Orientirung eine erschwerte sein muss, und dass mit jeder Complication der Verhältnisse die Gefahr einer unbeabsichtigten Verletzung von Geweben oder einer unerwarteten Blutung wächst. Wir müssen aber bekennen, dass die Kolpoköliotomie in einer Reihe von Fällen der Laparotomie vorzuziehen ist; speciell die Colpocoeliotomia poster. bei allen retrouterin befindlichen Abscessen, bei denen der Eiter durch den Douglas den besten und natürlichsten Abfluss hat; dann bei allen Adnextumoren und Beckengeschwülsten, die im Douglas liegen oder mit Leichtigkeit in denselben verlagert werden können, wenn sie mit den Därmen nicht verwachsen sind, und zuletzt bei Fixation des Uterus nach hinten. Für die Enucleation von Myomen durch Kolpoköliotomie ist die anterior die bessere Methode; die poster. wegen Schwierigkeit der Nahtanlegung und der mangelnden Uebersichtlichkeit zu verwerfen. Für die weitaus grösste Zahl der Fälle, bei denen die Bauchhöhle eröffnet werden muss, wird der vaginale Weg aber nicht der geeignete sein. Ganz abgesehen davon, dass auch die Grösse und Consistenz des Tumors mitspricht, ist überall da, wo die Verhältnisse irgendwie diagnostisch unklar liegen, oder wo ein schnelles Orientiren und Handeln nothwendig ist (Blutungen), die Laparotomie die allein gültige Methode, mag dieselbe auch an sich einen grösseren Eingriff darstellen. Sie ersetzt aber reichlich durch besseren Ueberblick das Minus an Gefahr bei der Kolpoköliotomie.“

(Centralblatt f. Gynäkologie 1897 No. 38.)

- Das **Auskochen der Kehlkopfspiegel** schadet diesen nicht, wenn sie gut gearbeitet sind. Prof. Körner theilt wenigstens mit, dass in der Rostocker Klinik seit längerer Zeit die Spiegel in Sodalösung ausgekocht werden, ohne dass sie sich schneller abnützen, als früher.

(Monatsschrift f. Ohrenheilkunde 1897 No. 10.)

- **Künstliche Mineralsalze** können nach Liebreich's Ansicht nie die natürlichen Mineralwässer ersetzen. Dr. R. Landau (Nürnberg) weist jetzt nach, dass diese Meinung sich nur auf theoretische Bedenken stützt, und dass sogar letztere durchaus unbegründet sind. Die Hauptsache aber ist, dass in der Praxis sich das Irrige von Liebreich's Ansicht herausstellt. Landau wendet seit vielen Jahren künstliche Mineralsalze (z. B. die Sandow'schen) an und hat mit Emser, Fachinger, Salzbrunner, Kissinger, Wildunger Salz so gute Resultate erzielt, dass er dieselben warm empfehlen kann als billiges und vollwerthiges Ersatzmittel für die theureren natürlichen Brunnen, die am Wohnsitz getrunken werden. Besonders für die Kassenpraxis ist diese billige Verordnungsweise von eminenter Bedeutung.

(Wiener medic. Presse 1897 No. 47.)

- **Peronin als Sedativum** hat Dr. M. Ebersson (Tarnów) bei 16 Fällen von acutem und chronischem Bronchialkatarrh, Phthise und Pertussis mit gutem Erfolge angewandt und stellt folgende Sätze auf:

1. Das Peronin ist ein sehr brauchbares, hustenlinderndes Mittel, das im Stande ist, Morphinum vollständig zu ersetzen.
2. In Fällen von acuter Bronchitis bringt es in kurzer Zeit vollständige Heilung.
3. Das Peronin bessert den Zustand bei chronischen Bronchitiden und Tuberculose der Lungen rasch und sicher; es mildert den Hustenreiz, bringt ruhigen Schlaf und erleichtert die Expectoration.
4. Es beeinflusst in keiner Weise schädlich das Herz und den Digestionsapparat, sodass es längere Zeit von diesen Organen gut vertragen wird.

5. Intoxicationssymptome kommen nicht vor, auch nicht bei längerer Medication; nur in einem Falle (2jähr. Kind) musste es wegen Hervorrufung von keineswegs beunruhigender Schlafsucht ausgesetzt werden.
6. Das Peronin wirkt vorzüglich lindernd beim Husten Hysterischer und bei Pertussis.

Autor gab Erwachsenen 0,01—0,02 des Tages 3—4 Mal, Kindern soviel Milligramm 3—4 Mal täglich, als sie Jahre zählten, und zwar in Oblaten oder Syrup. Oefters hemmt Peronin die Expectoration, wesshalb es event. rathsam ist, es in einem Ipecacuanha-Infus zu verabreichen. Bei Keuchhusten wurde es von den Kindern sehr gut vertragen und drückte die Anfälle stark herunter, in folgender Form ordinirt:

Rp.

*Decoct. Alth. 90,0*

*Peronin. (Merck) 0,08*

*Syr. Alth. ad 100,0*

M. D. S. 3 Kaffeelöffel täglich (für ein 4jähr. Kind, da in jedem Löffel 0,004 Peronin).

(Therap. Monatshefte 1897 No. 11.)

— Auch Dr. Stampfl (Wien, III. medic. Klinik) hat **Peronin** bei 40 Fällen versucht. Es ist ein ziemlich zuverlässiges, dem Codein ähnlich wirkendes, wenn ihm auch entschieden nachstehendes mildes Narcoticum und Sedativum. Es setzt bei allen mit stärkerem Hustenreiz einhergehenden Affectionen des Respirationsapparates den Hustenreiz oft wesentlich herab, verringert die Expectoration in mässigem Grade, ohne sie jemals gänzlich zum Stocken zu bringen, lindert häufig das vom Husten herrührende Seitenstechen, die Schmerzen im Epigastrium und zwischen den Schulterblättern und hat auch bei leichteren Formen von Neuralgien, Rheumatismen und peritonitischen Schmerzen oft eine schmerzlindernde Wirkung. Als Einzeldosis wurde 0,02—0,06, als mittlere Tagesdosis 0,15, als grösste 0,3 gr intern gereicht; Versuche mit endolaryngealer Insufflation mussten wegen des heftigen Brennens im Larynx abgebrochen werden. Als Nebenwirkungen traten auf: Neigung zu stärkerer Diaphoresis (Exacerbation phthisischer Nachtschweisse), Kitzelgefühl



und Kratzen im Pharynx, Kopfschmerz, 1 Mal heftiges Hautjucken; sehr wichtig ist es, dass nie Obstipation auftrat, ebensowenig Störung des Pulses und der Herzthätigkeit. Auch Zeichen von Angewöhnung, von chronischer Intoxication und event. Abstinenzerscheinungen fehlten selbst bei längerer Anwendung hoher Dosen. Leider ist der Preis des Mittels noch ein etwas hoher.

(Wiener medie. Club, 10. Novemb. 1897. —  
Wiener klin. Wochenschrift 1897 No. 47.)



## Bücherschau.

---

— Die preussische Gebühren-Ordnung für approbirte Aerzte und Zahnärzte, erläutert von Rechtsanwalt A. Joachim und prakt. Arzt Dr. H. Joachim (Verlag von O. Coblentz, Berlin 1897, Preis: M. 3,—), ist Jedem zu empfehlen, der noch nicht ein derartiges Werkchen besitzt. Brauchen wird ein solches ein Jeder früher oder später doch, da man in complicirten Fällen sich ohne erklärende Anmerkungen kaum zurechtfinden dürfte. Solche geben nun die Autoren reichlich und sie lassen kaum einen dunklen Punkt unbeleuchtet. Als Anhang ist beigegeben: a) das Gebührengesetz vom 9. März 1872; b) Gerichtliche Geltendmachung des Honorars; c) Praktische Beispiele für die Bemessung der Gebühren.

— Sprachführer für die ärztliche und pharmaceutische Praxis, so lautet der Titel von drei kleinen, elegant gebundenen Büchelchen (Verlag von Arthur Georgi in Leipzig, Preis pro Band: M. 2,40), durch deren Herausgabe sich der Autor, v. Sudthausen, ein grosses Verdienst um die Aerzte und Apotheker erworben hat. Englisch-Deutsch, Deutsch-Englisch, Deutsch-Französisch, diese Nebentitel geben die Eintheilung der drei Bändchen wieder, von denen jedes einen reichen Inhalt in sich birgt. Wir finden da Abschnitte, wie: „Der menschliche Körper“, „Gewicht und Maass“, „Arzneikörper, Drogen, Chemikalien und Präparate“, „Handverkaufsartikel“, „Chirurgische Instrumente“, „Phraseologie“ u. s. w., kurz Alles, was wir brauchen, überall zugleich die Aussprache entdeckend. Wir können die „Sprachführer“ warm empfehlen.

— „Aus der Praxis für die Praxis“ stellt Prof. Dr. Schmidt seinem Werke „Die Krankheiten der oberen Luftwege“, welches jetzt in 2. Auflage erschienen ist (Verlag von Jul. Springer, Berlin. Preis eleg. gebd.: M. 15,—), als Motto voran, und zwar mit vollstem Rechte, da der erfahrene Praktiker in der That bei seinem von Anfang bis zu Ende interessanten und lehrreichen Werke stets das praktisch Wichtige und in der Praxis

Brauchbare vor Allem im Auge behält. Diesem Bestreben ist auch die Anerkennung nicht versagt geblieben; von der Kritik und dem ärztlichen Publikum gleich freudig begrüsst, erlebte das Werk nach kaum 3 Jahren seine 2. Auflage. Dieselbe bringt viel Neues, viel Verbessertes. Der Autor hat sich überall bemüht, Unklarheiten zu beseitigen, den neuesten Forschungen Rechnung zu tragen. So sind z. B. die Abschnitte über Diphtherie und über Erkrankungen der Schilddrüse total umgearbeitet worden. 165 Abbildungen im Texte und 7 Tafeln gereichen dem auch sonst vorzüglich ausgestatteten Werke zur Zierde, dem Leser noch zu besserer Orientirung über verschiedene Punkte. Sorgfältige Register erleichtern das Nachschlagen. Die 2. Auflage ist der freundlichsten Aufnahme sicher!

— Zwei alte, stets gern gesehene Bekannte haben sich in neuem Gewande wieder präsentirt, zwei im Verlage von Urban & Schwarzenberg (Wien) erschienene Bücher, von denen zuerst **Albert's Lehrbuch der speciellen Chirurgie** genannt sein soll. Der 1. Band der 5. Auflage liegt uns zur Besprechung vor (Preis der 2 Bände zusammen: M. 28,—). Einer besonderen Empfehlung bedarf ja das rühmlichst bekannte Lehrbuch, das bereits vielen Tausenden von Aerzten ein nie im Stiche lassender Berather ist, nicht mehr, doch muss betont werden, dass die ganze Anlage des Werkes jetzt sich wesentlich verändert hat. Der Verfasser hat wesentliche Kürzungen vorgenommen und nur das für die Praxis Erforderliche zum Gegenstand einer Besprechung gemacht. Für den Chirurgen von Fach mag ja diese Umarbeitung, die ihm manche Einzelheiten entzog, bedauerlich sein, dem prakt. Arzte aber ist das Buch in dieser Form noch werthvoller geworden. Ueber die Darstellungsweise, wie sie in dem Werke zum Ausdruck kommt, ein lobendes Wort sagen, hiesse Eulen nach Athen tragen, ebenso bekannt ist, dass die Hunderte von Illustrationen, welche das Buch schmücken, dem Leser alle Details auch bildlich vorzüglich vor Augen führen. — Auch das **Lewin'sche Lehrbuch der Toxikologie** liegt in zweiter, vollständig neubearbeiteter Auflage vor. Bei dem Buche, das erst als „Leitfaden“ erschien, ist nunmehr eine Erweiterung eingetreten, die bedingt war durch die starke Vermehrung des Stoffes einer Disciplin, die in den letzten Jahren so grosse Umwälzungen erfahren und an Wichtigkeit (Gewerbehygiene, forensische Medicin etc.) colossal gewonnen hat. Der Verfasser, dem ja das Gebiet der Toxikologie selbst viel zu verdanken hat, hat diesen Gesichtspunkten volle Berücksichtigung zu Theil werden lassen und Alles, was die Wissenschaft neu geschaffen,

sorgfältig bearbeitet. Sein Lehrbuch wird daher sicherlich die gleiche warme Aufnahme finden, wie der ehemalige Leitfaden. Der Umfang des Werkes (500 S.) ist nicht so gross, dass nicht der prakt. Arzt den Inhalt bewältigen könnte. Gerade für den Praktiker aber ist der Gegenstand von so ungeheurer Bedeutung, dass ein Werk, wie das Lewin'sche, ihm die erspriesslichsten Dienste zu leisten berufen ist. Möge es daher in seiner Bibliothek nicht fehlen!

— Dr. M. Chotzen giebt einen **Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen Hautkrankheiten** heraus (Verlag von Leopold Voss, Hamburg), dessen erste vier Hefte bereits vorliegen. Im Ganzen sollen 12 Hefte in einmonatlichen Zwischenräumen erscheinen, deren jedes (Preis: M. 3.—) 6 Tafeln enthalten soll. Autor führt nicht seltene Fälle vor, sondern in der Praxis häufig vorkommende, und er legt Gewicht darauf, solche von syphilitischer Abstammung neben nicht syphilitischen, aber ähnlichen Bildern zu bringen, sodass die Differentialdiagnose sehr erleichtert wird. Dass diese Absicht erreicht werden wird, kann man aus den vorliegenden 4 Heften wohl schliessen. Die Tafeln sind sehr gut ausgeführt und zeigen dem Auge ungemein deutlich die betreffenden Affectionen. Jedem Bilde ist eine kurze Beschreibung des betreffenden Falles beigefügt, sodass auch eine interessante Casuistik den Leser fesselt. Das Unternehmen ist mit Freude zu begrüessen und der Anschaffung durchaus werth.

— **Therapie der Hautkrankheiten** heisst ein im Verlage von Leop. Voss (Hamburg) erschienenenes Buch, dessen Verfasser, Dr. L. Leistikow, langjähriger Assistent Unna's ist und in dieser Eigenschaft die in dessen Klinik gangbaren Behandlungsmethoden den Collegen vorzutragen hatte. Das Buch stellt daher vor Allem im Zusammenhang die von Unna, dem verdienten Dermatologen, ausgearbeiteten Methoden vor und ist schon deshalb freundlich zu begrüessen, da wir bisher eine solche Gesamtdarstellung nicht besaßen. Aber auch von Anderen empfohlene therapeutische Maassnahmen, welche sich in praxi bewährt haben, fanden Berücksichtigung, sodass das klar und präcis geschriebene Werk (Preis: M. 6.—) mit seinen zahlreichen Receptformeln sicherlich bei den Praktikern viel Anklang finden wird.



Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N. 6.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 6 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**

aus der gesamten Fachliteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*März*

*VII. Jahrgang*

*1898*

---

**D**ie früher erschienenen sechs Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

**Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.**

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen!

---

**Akne.** Fortsetzung des Jessner'schen Artikels: Therapie der A. simplex und A. rosacea: Die Localbehandlung der A. hat stets zu beginnen mit der Entfernung alles in den Follikeln angehäuften Eiters und der Comedonen. Letztere entfernt man durch Druck. Wo schon Eiter vorhanden ist, da sticht man mit einem kleinen feinen Messerchen — Autor benützt dazu das Gräfe'sche Staarmesser oder eine Discisionsnadel — die Pustel an. Nach Entleerung des Eiters reibt man mit 50% Alkohol die Haut ordentlich ab und lässt 2 Mal täglich mit 1/2% Lysol-Wasser Umschläge machen (auch 1/2% Creolin-, 1% Sublimatwasser, Liq. Burorii sind geeignet). Ist alles Eitrige derart beseitigt, dann beginnt erst die eigentliche Behandlung der A., deren Princip das ist, möglichst die dicke Hornschicht wegzuschaffen und durch Erregung einer

Entzündung mit lebhafter Abstossung in Follikeln und Talgdrüsen gewissermaassen eine Umstimmung zu erzielen. Das erreicht man durch mechanische, thermische und chemische Hilfsmittel in Combination. Man frottirt also mittelst Frottirtuch (das man auch befeuchten und in Marmorstaub tauchen kann). Man benützt so heisses Wasser, als die Haut verträgt; auf die starke Vasodilatation folgt unmittelbar eine mächtige Vasoconstriction, wenn die Einwirkung des Wassers eine kurze ist. Chemisch wirkt man mit Seifen ein, die Schwefel (2—20%), Resorcin (2—15%), Ichthyol (2—10%), Salicylsäure (2—10%), auch Combinationen, enthalten. — Schema für die Behandlung einer mittelschweren Akne: Nach ausreichender chirurgischer Entleerung der Follikel, die im Uebrigen auch während der folgenden Prozeduren fortgesetzt werden kann, lässt man Abends mit einer guten Ichthyol- oder Schwefelseife die Haut in gewöhnlicher Weise mit stubenwarmem Wasser tüchtig reinigen, darauf tüchtig, event. mit Marmorstaub, frottiren. Die trockene Haut betupft man dann einige Secunden mit einem in heisses Wasser getauchten Schwamm, trocknet wieder ab und streicht dann für die Nacht eine der folgenden Salben auf:

Rp.

*Sulfur. depurat.* 3,0  
*Resorcin. albiss.* 1,5  
*Vaselin. flav. ad* 30,0  
 D. S. Aeusserlich!

oder:

Rp.

*Sulfur. depurat.* 2,0  
*Resorcin. albiss.*  
*Acid. salicyl. aa* 1,0—2,0  
*Zink. oxyd.*  
*Amyl. aa* 2,0  
*Vaselin. ad* 20,0  
 D. S. Aeusserlich!

Will man die Wirkung noch steigern, dann fügt man noch Sapo virid. oder Kal. carbonic. hinzu:

Rp.

*Sulfur. depurat.* 2,0  
*Kal. carbonic.* 0,5  
*Zink. oxyd.*  
*Amyl. aa* 4,0  
*Vaselin. ad* 20,0  
 D. S. Aeusserlich!

Rp.

*Sulfur. depurat.*  
*Acid. salicyl.*  
*Resorcin. albiss. aa* 2,0  
*Sapon. virid.* 2,0—6,0  
*Vaselin. ad* 20,0  
 D. S. Aeusserlich!

**Rp.***Sulfur. praecip.**Kal. carbonic.**Glycerin.**Spirit.**Aether. aa 5,0*

D. S. Aeusserlich!

Billige Verordnungsweisen, die oft gut wirken, sind:

**Rp.***Sulfur. praecip. 10,0**Spirit. sapon. kalin. 40,0*D. S. Gut umgeschüttelt,  
äusserlich!**Rp.***Sulfur. praecip.**Glycerin.**Spirit. sapon. kalin. aa 10,0*D. S. Gut umgeschüttelt,  
äusserlich!

Alle diese Mittel bleiben über Nacht liegen und werden Morgens durch milde Seifen und Wasser vorsichtig entfernt. Wo sie sehr fest haften, kann man sie durch sanftes Reiben mit Watte, welche in frisches Oliven- oder Mandelöl getaucht ist, beseitigen; auch Abreiben mit Benzin reinigt schnell, ohne zu reizen. Am Tage behandelt man die Haut recht milde, indem man sie mit Talc. venet. pudert oder vor dem Pudern noch mit einer Crème oder Kühlsalbe bestreicht:

**Rp.***Lanolin. anhydric. 3,0**Ung. Zinc. benzoat. 6,0**Liq. Alum. acet. 9,0*

D. S. Aeusserlich!

Abends wird dann die scharfe Procedur wiederholt, was so lange fortgeht, bis die Haut tüchtig gereizt erscheint, roth und gespannt ist und sich zu schälen beginnt; das dauert bald wenige Nächte, bald viele, je nach der Reizbarkeit der Haut. Man controlire also alle paar Tage, diese Gelegenheit zugleich benützend, um neugebildete Akneknoten zu entleeren. Hat die Hautreizung eine gewisse Höhe erreicht, dann wird das scharfe Verfahren eingestellt und ein mildes eingeleitet. Man lege eine Paste auf, z. B.:

**Rp.***Ichthyol. 0,4**Zink. oxyd.**Amyl. aa 5,0**Vaselin. ad 20,0*

D. S. Aeusserlich!

und zwar Nachts dick, am Tage dünn und reinigt die Haut täglich 1 Mal mit Oel und Benzin; alle Waschungen und

Einseifungen fallen fort, bis die Haut blasser, reizloser, glatter geworden ist, worauf die ganze Prozedur von neuem begonnen wird, u. s. w. bis zur Heilung der A. Je mehr die Besserung fortschreitet, desto milder verfährt man, d. h. desto schwächere Concentrationen benützt man. Die schärfsten Concentrationen erfordert die A. des Rückens, da hier die Haut wenig empfindlich ist. Hier eignet sich auch die alte Vlemynckx'sche Lösung:

Rp.

*Calcar. ust.* 3,0  
*Flor. sulfur.* 6,0  
*Aq. dest.* 60,0  
*Cog. ad remanent.* 36,0  
 D. S. Aeusserlich!

täglich mit borstigem Pinsel energisch aufgetragen, bis die Haut sich zu exfoliiren beginnt. Ist die Akne des Gesichts annähernd beseitigt oder handelt es sich von vornherein um eine sehr milde Form mit wenigen kleinen Pusteln, dann genügen auch mildere Verfahren: Abendliche Waschungen, mässig frottiren und Einreibungen von

Rp.

*Sulfur. depur.* 2,0  
*Acid. salicyl.* 1,0  
*Tct. Benz.* 1,0  
*Vaselin. ad* 20,0  
 M. f. ung.

Wo sich sehr harte Knoten mit starker Infiltration gebildet haben, sind Quecksilber- und Salicylseifenpflaster (impermeable) am Platze.\*)

(Derzärztl. Praktiker 1897 No. 22/23.)

**Anaesthesia, Narkose.** Zur Schmerzstillung nach der Zahnextraction lassen die amerik. Aerzte in die Alveole eine Wattekugel, getränkt mit folgender Flüssigkeit, einlegen:

Rp.

*Chloroform.*  
*Spirit. vin. conc.*  
*Tinct. aconit.* aa 30,0  
*Morph. mur.* 0,4

Bei sehr heftigen Schmerzen kann man mit gutem Erfolg

\*) Fortsetzung folgt.



ein Stück Filtrirpapier auf die schmerzende Stelle des Zahnfleisches legen, getränkt mit:

**Rp.**

*Menthol.* 0,35  
*Tct. aconit. gtt.* XX  
*Chloroform.* 7,0

(Bull. méd. 1897 No. 93. — Wiener medic. Presse 1897 No. 48.)

- **Zur Localanaesthesie** betitelt sich eine Mittheilung von Dr. F. Honigmann (Breslau, Allerheiligen-Hospital). Auf der chirurg. Abtheilung daselbst ist die Infiltrationsanaesthesie Schleich's seit 1893 an vielen Hunderten von Fällen mit bestem Erfolg angewendet worden, und sie hat namentlich im Betriebe der Poliklinik die Narkose fast völlig verdrängt. Aber auch bei vielen „grossen“ Eingriffen leistete sie ausserordentliche Dienste, wie bei der Sectio alta, der Herniotomie, der Radicaloperation der Hydrocele, der Castration etc., und z. B. bei septischen Kranken mit tiefen paranephritischen Eiterungen war es immer sehr willkommen, schmerzlos und doch ohne Narkosengift zu operiren. Wenn das Verfahren trotzdem in den Kreisen der prakt. Aerzte immer noch beschränkte Anwendung findet, so liegt das vielleicht daran, dass gerade die Operationen, welche am häufigsten in der Sprechstunde vorkommen (Eröffnung des Panaritiums und andere Eingriffe an Fingern und Zehen), für die Methode die schwierigsten Verhältnisse bieten, so dass es z. B. viel einfacher ist, den Bauchschnitt unter Schleich zu machen, als ein Panaritium oder eingewachsenen Nagel so zu operiren. Nun wies jüngst Braun darauf hin, dass er schon seit Jahren bei Finger- und Zehenoperationen eine von Oberst ausgebildete Methode übe, die an Einfachheit der Schleich'schen überlegen sei, derselben aber an Sicherheit und Ungefährlichkeit mindestens gleichkomme. Auf Grund von 124 nach Oberst operirten Fällen kann nun Honigmann dies Verfahren aufs Wärmste empfehlen. Der Finger oder die Zehe wurde centralwärts vom Operationsgebiet durch einen dünnen Gummischlauch abgeschnürt, der nach ein- oder zweimaliger fester Umwicklung mit einer Unterbindungspincette abgeklemmt wurde (dazu kann auch noch das

Glied durch Elevation blutleer gemacht werden, da, je weniger blutreich das Gewebe ist, desto intensiver das Cocain wirkt). Dicht unterhalb der Umschnürungsstelle nun wurde von einer 1%igen Cocainlösung an jeder der 4 Fingerseiten  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Pravaz'sche Spritze (= 0,01—0,02 Cocain) in der Richtung nach der Fingerspitze injicirt. Nach 5 Minuten etwa wurde der abgeschnürte Fingerglied so unempfindlich, dass man jede beliebige Operation völlig schmerzlos an ihm ausführen konnte, und die Anaesthesia hielt so lange an, als durch die Abschnürung die Blutzufuhr abgeschnitten blieb und daher die Resorption des Cocains gehindert ward. Die Einspritzung geschah subcutan und ins gesunde Gewebe. Doch ist es nicht nöthig, z. B. bei einer am Nagelglied vorzunehmenden Operation Umschnürung und Einspritzung an der Fingerbasis zu machen; im Gegentheil: eine möglichst periphere Umschnürung ist zu empfehlen, da die Anaesthesia um so früher eintritt, ein je kleinerer Theil des Fingers resp. der Zehe der Wirkung des Cocains ausgesetzt wird. Für die Technik sind auch noch folgende Punkte zu beachten:

1. die Abschnürung muss eine feste und sichere sein; lockert sich der Gummischlauch, so hört die Anaesthesia mitunter vorzeitig auf.
2. Die verwendeten Lösungen müssen frisch bereitet sein, da sonst leicht ein Misserfolg zu verzeichnen ist. Man hält sich am besten Pulver zu 0,1 Cocain. mur. vorrätzig, die man frisch in 10 gr sterilen destillirten Wassers auflöst.
3. Die Zeit, in der die Anaesthesia eintritt, ist bei verschiedenen Leuten verschieden (3—10 Minuten), weshalb es sich empfiehlt, vor Beginn der Operation mit einer Nadel das Erlöschen der Hautsensibilität am Fingerende zu constatiren.

Ein kleiner Nachtheil der Methode ist die Schmerzhaftigkeit der 4 Einstiche, besonders des Stiches an der Volarseite, die aber momentan und gering ist, so dass man nur bei sehr sensiblen Pat. Aether, Aethylchlorid etc. anzuwenden braucht. Ueble Nachwirkungen traten nie ein, auch wenn gleichzeitig an 2 Fingern oder Zehen operirt, also die doppelte Dosis Cocain benützt wurde. Innerhalb von  $\frac{1}{2}$  Jahr wurden so 86 Panaritien, 18 Exarticulationen resp. Ampu-

tationen von Fingern, 12 Operationen des eingewachsenen Nagels (mit Excision des Nagelfalzes und der Matrix) und 8 andere Eingriffe (Fremdkörper, Sehnenplastik u. s. w.) stets mit dem gleichen tadellosen Erfolge ausgeführt; die an den Augen verbundenen Pat. hatten nicht die leiseste Empfindung und glaubten nach Beendigung der Operation, dieselbe habe noch gar nicht begonnen.

(Centralblatt f. Chirurgie 1897 No. 51.)

- Einen Fall von schädlicher Wirkung des **Holocaïn** sah Dr. E. Bock (Laibach). 1 Tag nach Einträufelung einer 1<sup>0</sup>/<sub>10</sub>igen Lösung trat bei einer 71 Jahre alten Frau starke Epithelabstossung der Bindehaut der Lider und des Augapfels, sowie der Hornhaut mit nachfolgender Geschwürsbildung infolge von Vertrocknung des Gewebes ein.

(Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde, Sept. 1897.)

- Untersuchung des Rachens vor jeder Narkose fordert Carstairs mit Rücksicht auf folgende Beobachtung: Bei einem Manne mit völlig gesundem Respirations- und Circulationsapparat sistirte während der Narkose die Athmung plötzlich. Die Inspection des Rachens ergab eine Uvula, die bis zur Glottis herabreichte. Nachdem dieselbe mit einem Haken gefasst und zurückgehalten wurde, ging die Narkose ohne Unterbrechung von statten.

(British med. Journal 1897 No. 20. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 49.)

**Ekzem.** E. in der Umgebung des Afters, die ja besonders bei Haemorrhoidariern so häufig sind, desgleichen Excoriationen daselbst, lässt Brocq häufig mit Borwasser abwaschen, namentlich nach jeder Defäcation, worauf dann eine Zinksalbe und folgendes Streupulver applicirt wird:

Rp.

*Camphor. pulv.* 2,0  
*Zinc. oxyd.*  
*Bismuth. subnit.* aa 30,0  
*Talc. pulv.* ad 100,0  
S. Streupulver.

Bei bestehender entzündlicher Reizung ist eine alle

2 Tage zu wiederholende Bepinselung mit 4%iger Argent. nitr.-Lösung angezeigt.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 46.)

- Folgende Notiz zur Behandlung der **Dermatitis medicamentosa** publicirt Dr. A. Frickenhaus (Mülhausen i. E.): „Da ich selbst an Idiosynkrasie gegen Carbolsäure und Sublimat leide und früher des öfteren mit der so überaus lästigen Dermatitis der Finger und Hände zu thun hatte, so kam ich zu einem Verfahren, welches sich mir sehr gut bewährte. Dasselbe besteht in Betupfen der frischen Bläschen mit einem zugespitzten und mit Watte montirten Hölzchen, welches in Salmiakgeist oder verdünnte Kalilauge (Liq. Kalii caustic., Aqua aa) getaucht wurde. Nach dem Verdunsten resp. Eintrocknen der Bläschen pinselt man mit Collodium. Der Juckreiz lässt sofort nach. Bei Wiederkehr desselben wird das Verfahren wiederholt. Nach etlichen Tagen tritt Abschuppung ein. Ich kann diese Behandlung wegen ihrer Einfachheit, da sie keinerlei Verbandmittel erfordert, und auch wegen ihrer Sauberkeit dringend empfehlen.“

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1897 Bd. XXV, No. 10.)

- Zur Behandlung der **chronischen gewerblichen Finger-ekzeme** empfiehlt Dr. Jos. Rózsás (Wien) als recht wirksame Methode die Aetzung mit Lapis in Substanz. Man befeuchtet die Parthieen mit Wasser, touchirt dann mit Lapis, spült nach einigen Minuten mit Kochsalzlösung und legt nach Abtrocknung die Lassar'sche Zinkpaste auf:

Rp.

*Acid. salicyl. 2,0*  
*Vaselin. flav. 50,0*  
*Zinc. oxyd.*  
*Talc. Venet. aa 24,0*  
 M. f. past.

Nach einigen Tagen stösst sich der Schorf ab, worauf man weiter einpastet oder event. die Procedur wiederholt, die wenig Schmerzen macht.

(Therap. Monatshefte 1898 No. 1.)

**Epilepsie.** De Cesare (Neapel, psychiatr. Klinik) machte Versuche mit der von Bechterew angegebenen Therapie, der Combination von Bromkali, Adonis vernalis und Codein:

Rp.

*Infus. Adon. vernal. c. 1,0 : 50,0**Addē:**Cal. bromat. 5,0**Codein. 0,0 4**Syr. simpl. 15,0*M. D. S. Mit der gleichen Quantität Wasser verdünnt  
an einem Tage zu nehmen, so 6 Wochen lang.

Diese Cur zeigte sich bei sämtlichen 8 Fällen wirksam; die Anfälle blieben viele Wochen aus oder machten sich nur in rudimentärer Weise geltend. Die Ordination wurde gut vertragen, und eine cumulative Wirkung fand nicht statt.

(Riforma med. 1897 No. 188. — Centralbl. f. innere Medicin 1897 No. 51.)

**Fremdkörper.** Einen Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper in der Nase lieferte Dr. Max Breitung (Coburg). Ein 5jähriger Knabe wurde von seinem Vater (Lehrer) gebracht, weil er seit etwas mehr als 3 Monaten an einem eitrigen, mit Blut vermischten Ausfluss aus der Nase leide, keinen Appetit habe, unruhig schlafe und überhaupt unleidlich sei. Der blasse Knabe mit gedunsenem Gesicht machte keinen günstigen Eindruck. Haut des Nasenrückens und der angrenzenden Wangenparthie geschwollen, wenig geröthet, druckempfindlich. Aus dem rechten Nasenloch floss eine penetrant übelriechende blutige Jauche, welche die Oberlippe erodirt hatte. Beim Erheben der Nasenspitze sah man sofort den ganzen Raum zwischen Nasenscheidewand und Muscheln ausgefüllt von einer schwärzlichen, in eitrigem Schleim eingebetteten Masse. Luftpassage fehlte total. Die Masse erwies sich bei der Sondirung als weich, brüchig, morsch. Sie wurde mit einer Nasenzange gefasst und folgte einem ruhigen Zuge. Es konnte nur ein Stück Fleisch sein, das jedenfalls während des Essens durch einen Hustenanfall vom Cavum aus durch die Choane in die Nase gelangt war. Unmittelbar nach der Entfernung des F. heftiges Niesen, durch welches ein Schuss blutiger Jauche von scheusslichem Gestanke entfernt wurde, dann Nase durchaus frei. Glatte Heilung nach 1 Woche. — Der Fall zeigt, wie unter Umständen ein Jaucheherd in der Nase ziemlich geringe Symptome machen kann, sodann lehrt er, wie verfehlt es gewesen wäre, hier den beliebten „halben Politzer“ durch das Nasenloch der gesunden Seite oder

eine forcirte Wassereinspritzung auszuführen, um den F. zu entfernen; beides hätte zweifellos die Jauche ins Mittelohr getrieben. Beide Maassregeln sind überhaupt in älteren Fällen von F., wo fast immer eitrige Absonderung zu vermuthen ist, nicht streng genug zu verurtheilen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 47.)

- **Ein Corpus alienum von exorbitanter Grösse 4 Monate im Larynx!** Einen solchen Fall erlebte jetzt Dr. A. Peyser. Eine 46jährige Frau „verschluckte sich“ am 11./VIII. d. J. beim Essen von Rindfleisch und bekam von diesem Augenblicke an Stechen im Halse, Husten, theilweise auch Athemnoth. Bei der sehr nervösen und ängstlichen Pat. sah man laryngoskopisch an der vorderen Larynxwand, ungefähr  $\frac{1}{2}$  cm unterhalb der vorderen Commissur, eine gelbe Masse, die ungefähr die ganze vordere Larynxwand bedeckte. Entweder handelte es sich da um eine ulcerirte Stelle, an der ein F. gesessen hatte und die nun mit Secret bedeckt war, oder es war ein F., mit Schleim bedeckt, noch vorhanden. Die endolaryngeale Einführung von Instrumenten unter Spiegelleitung war sehr schwierig bei der Pat., und um die Sondirung, die trotz Cocain durch Würgen und vorzeitigen Stimmbandschluss vereitelt wurde, resp. Extraction zu ermöglichen, war eine systematische Einübung der Pat. nothwendig. Es zeigte sich dann, dass es sich um ein grosses Knochenstück handelte, das unterhalb der Stimmbänder, bei ihrem Schluss mit ihnen einen rechten Winkel bildend, der vorderen Larynxwand anlag, augenscheinlich ziemlich tief herabhing und fest eingekeilt lag; man sah bei Glottisöffnung den scharfen oberen Rand. Die Pat. hatte vermehrte Athemnoth bei körperlicher Anstrengung, Reizhusten, zeitweise Aphonie und magerte sichtlich ab. Alle Extractionsversuche misslangen. Erstens lag der obere scharfe Rand der vorderen Larynxwand so dicht an, dass ein Dazwischenkommen mit dem Instrument sehr schwierig war, da stets Schleimhaut mitgefasst werden musste. Zweitens konnte der Knochen in transversaler Lage nicht extrahirt werden, ohne die Stimmbänder zu zerreißen, er musste also in den sagittalen Durchmesser gedreht werden, und zwar mittelst eines Instru-

mentes, dessen Branchen von hinten nach vorn fassten. Da die Tracheotomie verweigert wurde, machte Autor immer wieder Versuche, indem er mit der Jurasz'schen Zange, deren vordere Branche feststehend, deren hintere beweglich war, einging, um zu wenden, und sich eine seitlich fassende bereit halten liess. Am 30./XI. gelang es ihm, zwischen F. und vorderer Larynxwand zu kommen, den Knochen zu fassen und genau in den sagittalen Durchmesser zu stellen. Die starke Blutung hinderte, weiter zu operiren, was sehr bedauerlich war, da ja jetzt der Knochen leicht zu fassen war und er trotz seiner Grösse möglicherweise tiefer gleiten konnte. Da half die Natur: der nunmehr frei unterhalb der Glottis liegende Knochen wurde durch einen Hustenstoss herausgeschleudert! Er mass 2 cm im Längsdurchmesser und war  $1\frac{1}{2}$  cm breit. Pat. erholte sich rasch, und ausser einer kleinen Narbe erinnert nichts mehr im Kehlkopf an jenen F.

(Berliner medic. Gesellsch., 15. Decemb. 1897. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 2.)

- **Lungengangrän in Folge von Perforation des Oesophagus durch einen verschluckten F.** beschreibt Dr. P. Schröder (Berlin, II. medic. Universitätsklinik). Am 1./X. 96 liess sich eine 53jährige Frau aufnehmen mit der Angabe, ihr sei 8 Tage zuvor beim Mittagessen ein Knochen im Halse stecken geblieben, den sie dann herunter schluckte mit der Empfindung, dass ihr der F. die ganze Speiseröhre aufreisse. Seitdem Unmöglichkeit des Schluckens. Kurz darauf Magenausspülung in einer Poliklinik; keine Schmerzen beim Einführen der Sonde, wohl aber bald nachher beim Schlucken. Zur Zeit der Aufnahme nur Klagen über schlechten Geruch und Geschmack (Pat. glaubt, Koth im Munde zu haben), zeitweilige Hustenanfälle ohne Auswurf, Lungen und Herz normal; stark belegte Zunge, starker Foetor ex ore. Am 2./X. Probestück; Sonde geht glatt durch. In den nächsten Tagen Temperatursteigerungen auf  $39,5^{\circ}$ , Schmerzen in der Gegend der 12. rechten Rippe. Am 5./X. rechts hinten unten schmale Dämpfung, unterhalb der Schulterblätter weiches Schaben; leichte Schüttelfröste, Milz vergrössert. Am 15./X. reicht die Dämpfung bis 2 Finger breit über den rechten unteren Scapularwinkel, am 17./X. bis zur

Mitte der Scapula. Fremitus abgeschwächt, grossblasige Rasselgeräusche beim Inspirium, bronchiales Athmen beim Expirium. Am 20./X. zum 1. Male elastische Fasern und Lungenfetzen im stark übelriechenden Sputum. Andauernde Uebelkeit, häufiges Erbrechen. Am 24./X. Dämpfung bis zur rechten Spina scapulae, Stimmfremitus aufgehoben, ganz leises, aus der Tiefe dringendes Bronchialathmen. Vom 26.—31./X. Oedem der Haut über den rechten unteren Lungenparthieen. Probepunction am 27./X. und 5./XI. ergiebt serös-eitriges, steriles Exsudat. Von nun ab Abblassen der Symptome; die obere Grenze des Pleuraexsudats sinkt; Lungenfetzen zum letzten Male am 13./XI. Die physikalischen Symptome von Seiten der rechten Lunge (bronchiales und metamorphosirendes Athmen in der Höhe der 7. und 8. Rippe) halten sich noch einige Zeit, um dann auch zu verschwinden. Temperatur vom 19./XI. ab normal. Pat. erholt sich rasch; am 9./XII. Entlassung. — Lungengangrän als Folge von Perforation des Oesophagus durch verschluckte F. kommt selten vor und endet sonst fast stets letal. Entstehen kann sie auf verschiedenem Wege:

- I. Durch Perforation in die oberen Luftwege (Kehlkopf, Trachea, grössere Bronchien) mit nachfolgender Aspiration von Speisetheilen in die Lunge,
- II. durch Perforation in die Lunge selbst.

In beiden Fällen kann nun wieder

1. der F. selber direct durch die Speiseröhrenwand hindurch entweder in das Lumen der oberen Luftwege oder in das Parenchym der Lunge gelangen;
2. ist es möglich, dass der F. nur die Oesophaguswand verletzt oder durchbohrt; alsdann entsteht durch die Berührung dieser verletzten Stelle mit den Speisen ein Jaucheherd in der Wand und durch Fortpflanzung im perioesophagealen resp. mediastinalen Zellgewebe Perforation in die Trachea resp. die Lunge. Hier ist der F. nur indirect Veranlassung zur Perforation.

Sind die Verhältnisse recht einfach bei der Perforation des oberen Oesophagustheiles in die oberen Luftwege, so werden sie bei Perforation in die Lunge selbst anatomisch und klinisch wesentlich complicirter durch die Mitbetheiligung des Pleurasackes. Klinisch findet man in solchen Fällen fast stets zunächst eine Pleuritis;



doch ist dieselbe ihrer Natur nach recht verschieden, bald mehr oder weniger gutartig, bald jauchig, was zu verstehen ist, wenn man sich vergegenwärtigt, auf welchem Wege es nach Perforation des Oesophagus zu Lungen- gangrän kommen kann. Die Möglichkeiten sind folgende:

1. Der F., resp. der von ihm im Mediastinum hervorgerufene Jaucheherd perforirt nur die Pleura parietalis; Speisetheile resp. Jauchemassen dringen ein; es kommt zur jauchigen Pleuritis. Dann kann durch Uebergreifen auf die Pleura pulmonalis Gangrän der Lunge entstehen. Doch zeigt die klinische Erfahrung, dass es soweit nie kommt, da die Pat. schon vorher an den Folgen des Pyo- und Pyopneumothorax binnen Kurzem zu Grunde gehen.
2. Der Pleurasack wird nicht eröffnet; dann bestanden
  - a) alte Verwachsungen oder Schwarten,
  - b) es bestanden solche nicht, sondern es bildeten sich erst frische Verklebungen durch den Reiz des vorwärts dringenden Processes.

Durch diese alten oder frischen Verwachsungen hindurch findet die Perforation statt und zwar ist bei a) sowohl directe wie indirecte möglich, während bei b) stets nur indirecte anzunehmen ist. In beiden Fällen kann sich als weitere Folge der entzündlichen Reizung unterhalb der Verwachsungsstelle ein Exsudat ansammeln, oder aber letzteres entsteht erst, wenn der Herd in der Lunge sich soweit ausgebreitet hat, dass er an irgend einer Stelle die Pleura pulmonalis berührt.

3. Wäre es möglich, dass die Perforation gar nicht durch den Pleurasack, sei er offen oder geschlossen, hindurch erfolgt, sondern mit Umgehung desselben. Zum besseren Verständniss vergegenwärtige man sich einen Horizontalschnitt durch den Brustkorb etwa in der Höhe des 6. Brustwirbels, einen Schnitt also, der auch die Lungenwurzel trifft. Man erkennt auf einem solchen, dass das perioesophageale und mediastinale Zellgewebe sich continuirlich in das lockere Gewebe der Lungenwurzel fortsetzt. Ist also im Mediastinum ein Jaucheherd localisirt, so kann er sich sehr wohl, ohne den Pleura-

sack eröffnen zu müssen, durch die Lungenwurzel in das Lungengewebe fortpflanzen. Allerdings ist es wahrscheinlich, dass er auf diesem Wege die Pleuraumschlagsfalte berühren und durch Reizung eine Pleuritis hervorrufen wird. Also: Jauchigen Charakter wird die begleitende Pleuritis stets haben im 1. Falle, d. h. bei Perforation des parietalen Blattes vom Mediastinum her, nicht jauchig wird sie in der Regel in den anderen Fällen sein und hier jauchigen Charakter erst annehmen, wenn sekundär der Lungengangränherd das pulmonale Blatt des Pleurasackes zur Einschmelzung bringt. — Wie steht es nun mit obigem Fall? Eine directe Perforation des Knochens in die oberen Luftwege oder Lunge ist unwahrscheinlich, schon deshalb, weil die ersten klinischen Erscheinungen von Seiten der Respirationsorgane erst 10 Tage nach dem Verschlucken auftraten. Eine offene Communication der Speiseröhre hat weder mit den oberen Luftwegen, noch mit der Lunge bestanden, da zu keiner Zeit die für diesen Zustand charakteristischen krampfhaften Hustenanfälle kurz nach dem Essen und das Aushusten von genossenen Speisetheilen beobachtet wurde. Perforation in die Pleurahöhle bestand nicht, da das Exsudat steril und nicht jauchig war. Für das Vorhandensein alter pleuritischer Schwarten ergibt die Anamnese keine Anhaltspunkte. Demnach blieben 2 Möglichkeiten: der in der Speiseröhrenwand gebildete Gangränherd hat sich in die Lunge hinein ausgebreitet

- a) durch frisch gebildete Pleuraadhäsionen hindurch,
- b) durch die Lungenwurzel.

In letzterem Falle musste man jedenfalls eine ausgedehntere jauchige Mediastinitis annehmen, einen Herd, der sich von einer Stelle der Oesophaguswand bis in den Hilus der Lunge erstreckt; doch spricht hiergegen die Krankengeschichte und der Verlauf, weshalb, wenn auch diese Möglichkeit nicht ganz wegzuweisen ist, doch mehr wahrscheinlich die erste ist. Man hat sich den Vorfall hier so zu denken: der verschluckte Knochen hat die

Speiseröhrenwand verletzt; durch Berührung mit Speisen kommt es an der verletzten Stelle zur Gangrän, diese greift auf das mediastinale Zellgewebe über und verursacht einen circumscribten jauchigen Herd im Mediastinum; die Folge ist eine Pleuritis, die (etwa in der Höhe der 6.—7. Rippe) Adhäsionen beider Pleurablätter macht; unterhalb denselben sammelt sich ein Exsudat an, das die ersten klinischen Symptome macht; durch die Adhäsionen hindurch greift der gangränöse Process auf das Lungenparenchym über, es entsteht Gangrän der Lunge; inzwischen hat wahrscheinlich der Knochen den Körper der Pat. auf dem Wege des Magendarmcanals verlassen. Der Ausgang in Heilung war nur möglich durch Nichtzustandekommen der sonst meist den Tod bedingenden Affectionen, der jauchigen Mediastinitis und Pleuritis, auch blieb ja der Lungenherd wohl nur klein und circumscribt.

(Centralblatt f. innere Medicin 1898 No. 2.)

- Einen Fall von Verschlucken einer Kornähre durch ein etwa  $\frac{1}{4}$  Jahr altes Kind erlebte Dr. Grittner (Grottkau). Das betreffende Kind hatte, nachdem es eine Zeit lang im Kinderwagen, in welchem sich Kornstroh befand, auf dem Felde unbeobachtet gelegen hatte, plötzlich ohne erklärliche Ursache heftig und anhaltend geschrien. Die Eltern konnten sich dies nicht erklären, auch später nicht, als das Schreien in den nächsten Wochen häufig wiederkehrte. In der Folgezeit bildete sich in der Regio hypogastrica sin. eine harte, etwa apfelgrosse Geschwulst, wobei das linke Bein angezogen gehalten wurde. Die Geschwulst wurde auf warme Umschläge hin weich und öffnete sich, da die Eltern einen Arzt nicht mehr zuzogen, von selbst. Hierbei wurde reichlicher, sehr übelriechender Eiter entleert. Bei dieser Gelegenheit zeigte sich in der Abscessöffnung ein Strohhalme, welcher ergriffen und herausgezogen wurde; mit dem Halme zugleich wurde auch die anhängende, vollständig ausgebildete Kornähre mit entfernt. Letztere, an einem etwa 4 Zoll langen Stiele hängend, war also nach dem Verschlucken in Magen und Darm gelangt, hatte an oben-

genannter Stelle eine adhäsive Entzündung hervorgerufen, weiterhin Darm und Bauchwand perforirt, um schliesslich durch jene Abscessöffnung zu Tage zu treten. Bei der 4—5 Tage später vorgenommenen ärztlichen Untersuchung war noch ein etwa pflaumengrosser Abscess mit 2 kleinen Oeffnungen vorhanden; der darin befindliche Eiter zeigte keine Stuhlbeimengungen und roch auch nicht mehr übel, die Heilung geht — die Eltern wünschten eine Behandlung nicht — jedenfalls auch bald auf spontanem Wege von stattem. Beim Zutagetreten des Fremdkörpers war das Kind 22 Wochen alt. — Der vorliegende Fall enthält wieder eine Mahnung, Kindern, wenn man sie schon sich selbst überlässt, wenigstens alles irgendwie Verschluckbare aus dem Wege zu räumen; denn nicht immer nimmt die Sache einen so glücklichen Verlauf, wie es oben der Fall war.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 51.)

**Gonorrhöe.** Ueber seine Erfahrungen mit einigen anti-gonorrhöischen Mitteln macht Dr. Stark (Thorn) Mittheilung. Bei Blennorrhoea anter. acuta wendet er seit 1 Jahre ausschliesslich Injectionen mit Ichthyol, Argonin, Airol und Janet'sche Spülungen mit Kal. permang. an. Airol bewährte sich nicht. In sämtlichen 8 Fällen gelang es nicht — trotz längerer Anwendung des Mittels — die Gonokokken dauernd zu beseitigen; der Ausfluss verschwand zwar ziemlich schnell, doch in den Urinfäden waren Gonokokken stets nachzuweisen. Ausserdem ist das Mittel für den täglichen Gebrauch zu theuer, die Injectionen sind recht schmerzhaft und nicht immer unschädlich, wie ein Fall lehrte, wo der Pat. nach wenigen Einspritzungen grosse Aufregung, Schnupfen, Röthung und Schwellung der Augenlider bekam, welche Symptome nach Aussetzen des Airols bald verschwanden. Ichthyol ist ein recht brauchbares Antiblennorrhöicum, das manchmal auffallend rasch die Gonokokken zum Verschwinden bringt und sich als unschädlich erwies; nur 1 Mal trat nach ein paar Injectionen diffuse Entzündung des Penis nebst ödematöser Schwellung des Praeputiums ein. Das beste Mittel aber ist heutzutage das Argonin (über Protargol hat Autor noch zu wenig Erfahrungen!), das oft in frappant kurzer Zeit die G. heilt. Die Janet'schen Spülungen erwiesen sich nicht

als wirksamer, als diese Injectionen und erfordern zudem tägliche Consultationen, zu denen sich die Pat. wegen eines „einfachen Trippers“ meist nicht gern verstehen. Bei 6 Fällen von Blennorrhoea anter. chronica, die bisher jeder Therapie trotzten, erzielte Autor aber in einem Zeitraum von 8 Tagen endgültige Heilung durch eine Combination von Janet'schen Spülungen und Argonininjectionen. Autor nahm täglich 1 Mal eine Spülung der Pars anterior urethrae mit 1 Liter einer warmen Lösung von Kal. permang. vor (1. Spülung mit Lösung 0,5 : 1000,0, Erhöhung an jedem der beiden folgenden Tage um 0,25, also am 3. Tage 1,0 : 1000,0, mit dieser Lösung dann weiter), wobei der Irrigator am Beginn der Spülung  $\frac{1}{2}$  m hoch hing und erst nach einiger Zeit bis 1 m gebracht wurde, um so den Schliessmuskel allmählig an den stärkeren Druck zu gewöhnen (ab und zu wurde das Orificium extern. durch stärkeres Andrücken des olivenförmigen Glasansatzes verschlossen und die Flüssigkeit  $\frac{1}{2}$ —1 Minute lang auf die Schleimhaut einwirken gelassen). Neben diesen Spülungen mussten die Pat. 3 Mal täglich eine Lösung von Argonin (4,0 : 200,0) sich einspritzen und 5 Minuten in der Harnröhre behalten. Bei einer chronischen G. lassen sich die Pat., um ihren Tripper endlich los zu werden, tägliche Consultationen schon gefallen, und nach einigen Tagen sind sie auch von der G. befreit. Die günstigen Resultate erklärt sich Autor so: die Spülungen führen zu einer Auflockerung der Schleimhaut, welche der Tiefenwirkung des Argonins Vorschub leistet, dem es nun gelingt, die Gonokokken leichter zu tödten, da sich dieselben infolge der Spülungen auf ungünstigem Nährboden befinden.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1897 Bd. XXV No. 12.)

— **Protargol** hat sich auch bei therapeutischen Versuchen von Dr. Wenscher (Elberfeld, Eichhoffs Klinik) gut bewährt, so dass derselbe die Resultate dahin zusammenfasst, dass

1. das Protargol für den prakt. Arzt im Allgemeinen ein vorzügliches und sehr bequemes Mittel für Gonorrhoebehandlung ist;
2. die Neisser'sche Methode der prolongirten Injectionen als durchaus zweckentsprechend und für

die grosse Mehrzahl der Fälle vollkommen ausreichend erscheint;

3. die Dauer der Behandlung als die denkbar kürzeste gegenüber anderen Mitteln erscheint.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1898 No. 5.)

— Die Therapie der chronischen Cervicalgonorrhöe war bisher eine undankbare, die Affection eine Crux der Aerzte. Kein Wunder! meint Dr. Fr. Lehmann (Berlin). Selbst in den Fällen cervicaler G., welche in ein chronisches Stadium übergegangen sind, ohne dass sich mucöse und submucöse Infiltrationsherde ausgebildet haben, liegen die Gonokokken nicht nur oberflächlich der Schleimhaut auf; sie befinden sich nicht nur in dem aus dem Orificium dringenden Secret, sondern haften mit diesem auch in der Tiefe der Cervicaldrüsen und sind in die oberflächlichen Epithelschichten eingedrungen. Die bisher gebräuchliche Therapie: Auswischen der Cervix zunächst mit einem trockenen Watteplayfair und dann mit einem Aetzmittel, konnte keinen grossen Erfolg haben, auch wenn vorher zur gründlichen Entfernung des Secrets eine Ausspülung mit 1—2%iger Lösung von kohlensaurem Natron vorausgeschickt wurde. Um mit dem angewandten Aetzmittel auch möglichst in die Buchten und Falten der Schleimhaut einzudringen, um die Drüsen möglichst abzuflachen und so ihren Fundus der Oberfläche und damit der Wirkung des Aetzmittels zu nähern, beschloss Autor, den ganzen Cervicalkanal möglichst auszu dehnen, und zwar mit festen Dilatatoren, die zugleich dem Nebenzweck dienten, etwa vorhandene Infiltrationen durch die einer Massage ähnliche Druckwirkung einer schnelleren Resorption zuzuführen. Natürlich war die Methode nur für chronische Fälle und nur bei intactem Perimetrium und freien Adnexen anwendbar, und auch bei geeigneten Fällen ist genaue Beobachtung und Ruhe auf einige Stunden nachher geboten. Leicht conische Dilatatoren aus Metall wurden mit einem kleinen darauf passenden, ebenfalls metallenen Röhrenspeculum zusammen, gleichsam als Obturator für dieses, eingeführt, in der 1. Sitzung die stärkste Nummer, welche die Pat. ohne wesentliche Schmerzen verträgt. Die Portio wird angehakt oder der Fundus uteri von den Bauch-

decken her mit einer Hand controlirt; die ganze Application wird in einem Scheidenspeculum vorgenommen. Das Instrument bleibt 5—10 Minuten liegen, darauf wird der eigentliche Dilator zurückgezogen und in dem liegen bleibenden kleinen Speculum, welches jetzt meist einen guten Ueberblick über die Cervicalschleimhaut gestattet, von innen nach aussen die Aetzung durch allseitiges starkes Andrücken eines mit dem Medicament — Chlorzink, Argonin oder Argent. nitric. — gut getränkten dicken Watteplayfair bei langsamem Zurückziehen des Cervixspeculums vorgenommen. Der ganzen Procedur, die wöchentlich 1 Mal stattfindet, geht eine Sodaausspülung voraus. Oft sieht man schon gleich einen deutlichen Erfolg. Im Ganzen wurden 10 Fälle so behandelt, darunter 1 Fall von 1 $\frac{1}{2}$ jähriger G. in 3 Wochen geheilt. Am geeignetsten sind für die Behandlung aus anatomischen Gründen Nulliparae. Hier, bei völlig erhaltenem Cervicalcanal, wirkt der Druck nach allen Seiten gleichmässig in der gewünschten Weise; geringere Erosionen werden bei dem Verfahren nach innen eingestülpt und dadurch ebenfalls der Einwirkung des Dilators ausgesetzt. Auch Frauen, welche frühzeitige Aborte oder vorlängerer Zeit eine Geburt durchgemacht haben, sind noch mit Vortheil zu behandeln, während tiefe Cervixrisse und dadurch bedingte unregelmässige Gestaltung des Scheidentheils die Aussicht auf schnelle Heilung nicht zulassen. Vorsicht ist geboten; denn es ist dem Autor passirt, dass eine Adnexaffection, die er bei einer Pat. vorher behandelt hatte, nach der Dilatation für einige Zeit wieder aufflackerte!

(Therap. Beilage der deutschen medic. Wochenschrift 1898 No. 1.)

**Hernien.** Ueber einen enorm grossen Nabelbruch mit interessanten Erscheinungen macht Dr. Fr. Schilling (Nürnberg) Mittheilung. Am 28./IX. 96 wurde Autor zu einer 51jährigen Frau gerufen, die früher ganz gesund war. Nur vor 16 Jahren bemerkte sie einen kleinen Nabelbruch, der trotz Bruchbandes immer grösser wurde. Da Pat. nie passende Bruchbänder fand, behalf sie sich in den letzten Jahren ohne solche, wobei der Bruch zuletzt so gross wurde, dass er beim Stehen der Pat. als unförmlicher Sack bis zu den Knien herabhing. Wiederholt hatten sich am Grund der Hernie kleinere Ge-

schwüre gebildet, die recht langsam heilten. Seit vielen Monaten besteht wieder ein thalergrosses Geschwür und seit mehreren Tagen ein den ganzen Bruch und Bauch einnehmender Rothlauf. Vor 6 Stunden soll die Bauchhaut im Geschwür geplatzt sein und sich im Strahl ein Quantum von 8 Litern hellgelber wässriger Flüssigkeit entleert haben; die Angehörigen hatten 4 Nachttöpfe dieser Flüssigkeit aufgefangen, deren jeder 2 Liter fasste. Status praesens: Magere, etwas blasse, nicht kachektische Frau; Puls 120, Respir. 36, Temp. 39,5°; Brustorgane normal; am Leibe sieht man einen beutelförmig über die Schoossfuge herabhängenden Nabelbruch, dessen Wandung dünn, ausgedehnt ist und an dessen Grund sich ein thalergrosses, mit schmierigem Eiter bedecktes Geschwür befindet, in dessen Centrum wiederum eine kleine Perforationsöffnung vorhanden ist, aus der sich spontan und bei sanftem Druck wenig hellgelbes, klares Fluidum entleert; Haut erysipelatös geröthet, nicht bloss am ganzen Bruchsack, sondern auch am ganzen Abdomen bis zu den Rippenbögen und seitlich bis zu den Lumbalgegenden; in der Nabelgegend kann man mit der halben Hand bequem durch die ovale, scharf-randige, fibröse Bruchpforte in die Bauchhöhle eindringen; Musculi recti stark contrahirt, brettartig derb; Leber, Milz normal, Uterus und Ovarien atrophisch. Therapie: Analeptica; Carbolwasserumschläge. Nach 8 Tagen war das Erysipel gewichen, nach 5 Wochen das Geschwür am Fundus — unter Bettruhe — geheilt. Der Bruch, welcher mindestens den ganzen Dünndarm enthielt, war allseitig verwachsen; es war da weder an Reposition, noch an Operation zu denken. Dr. Baumüller fertigte aber in seiner orthopäd. Anstalt einen Stützapparat für den grossen Tumor an, der von der Pat. mit grossem Vortheil getragen wird. Die Frau erholte sich gut, das Wasser im Bruch hat sich nicht mehr angesammelt. — War der Bruch ausser durch seine Grösse, durch das Geschwür und Erysipel fast ein Unicum, so war die enorm grosse Bruchwassermenge (8 Liter) geradezu unerhört. Man musste da an andere Quellen für das Wasser denken, als ein einfaches Transsudat in Folge von Blutstauung, so z. B. an Carcinose oder Tuberculose des Bauchfells, die sich gelegentlich hätten im Bruch-



sack etabliren können, oder an eine Ovarialcyste, Leber- oder Nierenaffection. Letztere 3 Dinge konnten gleich durch den Befund ausgeschlossen werden; dass weder Carcinose, noch Tuberculose im Spiel waren, dafür sprach der weitere, so günstige Verlauf. Das Wasser war zweifellos durch Stauung des Blutes, durch Störung des Blutumlaufs entstanden, und als durch den Stützapparat dies Moment ausgeschaltet war, bildete es sich nicht wieder. Was nun die colossale Grösse der Hernie selbst anbelangt, so kam sie daher, dass die dünne Bauchhaut der mageren Frau den andrängenden Eingeweiden wenig Widerstand entgegensetzen konnte; die schlaffen Bauchdecken dehnten sich immer mehr, und bei dem durch schwere körperliche Arbeit erhöhten intra-abdominellen Druck kam es Mangels passender Bandagen im Laufe der Jahre zu dieser Grösse, wozu noch der Umstand sich hinzugesellte, dass das durch die Stauung des Bluts hervorgerufene Transsudat, das immer mächtiger wurde, vollends durch seine Schwere den Bruch immer weiter herabzog. Sehr auffallend war, dass, als das schmierig belegte Decubitusgeschwür perforirte, und der Invasion der Geschwürs- und Erysipelmikroben Thür und Thor geöffnet war, diese den breiten Weg nicht benützten, um in der Bauchhöhle ihre deletäre Wirkung zu entfalten.

(Aerztl. Verein in Nürnberg, 21. October 1897. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 44.)

- Einen Beitrag zur Casuistik der Muskelhernien liefert Dr. R. Lehmann (Cottbus, chirurg. Heilanstalt), der eine solche Affection bei einem wegen einer anderen Läsion behandelten Maurer zufällig vorfand. Letzterer hatte vor 10 Jahren auf der Jagd einen Schrotschuss ins rechte Bein bekommen. An der Stelle der Verletzung sieht man neben zahlreichen kleinen weissen Hautnarben eine etwa halbbirnförmige, weiche Vorwölbung, welche die Gegend unterhalb des rechten Wadenbeinköpfchens in einer Länge von 10 cm und einer Breite von 8 cm einnimmt. Das Wadenbein ward durch den Schuss an der betreffenden Stelle zertrümmert, und es fehlt der Knochen in der angegebenen Länge. Knochenenden oben und unten callös verdickt und nur noch durch ganz schwache Bindegewebs-

fasern mit einander verbunden. Zwischen den Bruchenden hindurch quillt nun durch die traumatische Oeffnung der Unterschenkelfascien, nur von der äusseren Haut bedeckt, die Muskelmasse, die ausschliesslich der Streckmusculatur angehört, indem bei willkürlicher und elektrisch erregter Contraction der Streckmusculatur jene Vorwölbung hart und fest wird, während sie bei Contraction der Flexoren dies nicht thut. Die Muskelhernie verursacht nicht die geringste Beschwerde. Würde sie heutzutage bei einem Betriebsunfall erworben sein, was würde seitens des Verletzten processirt werden, wollte man der Verletzung nicht eine grosse erwerbsbeschränkende Bedeutung beimessen!

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1897 No. 12.)

**Intoxicationen.** Ist Kali chloricum wirklich ein so schweres Blutgift? Diese Frage wurde in der letzten Zeit von verschiedenen Autoren entschieden bejaht und sogar dringend empfohlen, das Mittel gänzlich aus unserem therapeutischen Arzneischatz zu streichen, es weder zum Gurgeln, noch intern zu verordnen, da die Gefahr zu gross ist. Im Gegensatz dazu erklärt jetzt S.-R. Dr. Künne (Oberarzt am städt. Krankenhause in Elberfeld), dass er das Kali chloricum seit 20 Jahren intern bei über 1000 Fällen angewandt und als sehr wirksames und ungefährliches Mittel schätzen gelernt hat. Er giebt es bei allen Affectionen des Mundes und Rachens, den leichten und auch schweren, fleckiger und pustulöser Mandelentzündung, Diphtheritis, Scharlachnekrose, und zwar lässt er bei den leichten Fällen von einer 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>igen Lösung 6 Mal täglich 1 Esslöffel nehmen, bei den schwereren aber von einer 4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>igen Lösung stündlich Tag und Nacht 1 Esslöffel, nur mit der Einschränkung, dass in 24 Stunden nur 200 gr der Lösung verbraucht werden darf und daher, wenn diese Tagesportion bei stündlicher Einnahme zu rasch zu Ende gehen sollte, in den letzten Stunden nur  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  Esslöffel genommen werden solle. Es wurden also im 1. Falle pro dosi 0,25 und pro die 1,5 gr, im letzteren Falle pro dosi 0,5 und pro die 8,0 gr verbraucht, was in gleicher Weise bei Erwachsenen wie bei Kindern geschah. Diese Tagesgabe von 8 gr wurde durch-

schnittlich 4 Tage, ja nicht selten 6 Tage hindurch gegeben, und doch hat Autor nur 1 Mal eine Intoxication erlebt, bei einem 3jährigen Kinde, wo die Eltern, nachdem schon 2 Tage lang täglich 8 gr verbraucht waren, da die Besserung der Diphtheritis ihnen nicht rasch genug ging, dem Kinde wider die Bestimmung 12,5 gr in 24 Stunden gaben; es stellten sich da Ikterus am ganzen Körper, Sopor, leichte Albuminurie und Haematurie ein, welche Symptome aber nach einigen Tagen verschwanden, so dass Pat. genes und jetzt noch am Leben ist. Sonst hat Autor nie Zeichen von Vergiftung gesehen! Er möchte deshalb das Mittel nicht missen, das sich vorzüglich bei jenen Affectionen bewährt hat, wenn es früh und richtig angewandt wurde, d. h. stündlich in einer Tagesmenge von 8 gr; dies ist nöthig, da eine möglichst häufige Bespülung der afficirten Organe erforderlich ist, wie sie ja beim Gurgeln nie zu erreichen ist. Also dieses Mittel streichen soll der Arzt keineswegs, er soll es aber nicht im Handverkauf oder gar von der Drogenhandlung besorgen und vom Pat. selbst auflösen lassen, da dann eine Controle über Einzel- und Tagesdosis unmöglich ist und Unglücksfälle event. vorkommen können.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 46.)

- **Nebenwirkungen nach Chinin- und nach Lactophenin-gebrauch** sah Dr. Armin Huber (Zürich). Der erste Fall betraf ein 18jähriges, etwas anämisches Mädchen, dem Autor Chinin. mur. mit Ferr. lactic. (aa 5 gr auf 100 Pillen) verordnet hatte. Nachdem Pat. 2 Pillen genommen und am Abend etwas Kopfweh verspürt hatte, erwachte sie um 3 Uhr Morgens mit Schüttelfrost und nachherigem Hitzegefühl im ganzen Körper; sehr heftiges Brennen am Rücken und vorn am Leibe, Uebelkeit. Morgens früh Temp. 37,6°, im Gesicht, Rücken, Brust, Arme ein exquisit scharlachartiger Ausschlag, der aber heftig juckte und brannte; Zunge stark belegt. Abends Temp. 38,6°, am nächsten Morgen 38,6°, Abends 39°. In der 2. Nacht Jucken und Ausschlag auch an den Beinen. Am 3. Morgen Temp. 38,4°, Nachmittags 36,5°. Abends am 3. Tage Ausschlag schon beinah abgeblasst, Jucken aber noch bis zum 6. Tag, wenn auch in stetig

geringerem Grade. Während der ganzen Zeit grosse Schwäche, Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Durst. Harn normal. In der Woche darauf theils grossblättrige, theils kleienförmige Abschuppung. Therapie während der Attaque: Umschläge mit Burow'scher Lösung. Pat. hatte als 8jähriges Kind dieselbe Sache schon mal gehabt, wobei Anfangs fälschlich Scharlach angenommen worden war. Jetzt war nach 0,1 Chinin dieser ziemlich schwere Symptomencomplex wieder hervorgerufen worden! — Bei dem 2. Falle handelte es sich um eine 50jährige, seit mehreren Jahren an chron. haemorrhag. Nephritis mit Uebergang in Cirrhose leidende Dame, die im Verlaufe der letzten Jahre wesentlich an Körpergewicht heruntergekommen war, sich aber sonst, abgesehen von häufigen Kopfschmerzen, leidlich wohl fühlte. Im Verlaufe der letzten Monate hatte sie öfters Lactophenin in Dosen von 0,5 ohne die geringsten Nebenerscheinungen genommen. Am 15. September aber nahm sie Morgens  $\frac{1}{4}$  gr, Mittags noch  $\frac{1}{2}$  gr. Nachmittags Unbehagen, Gefühl von prickelnder Hitze im Kopf, Schwellung der Gesichtshaut; Abends heftiger Schüttelfrost, dann Temp. 39,5°, Puls 120, sehr heftige Kopfschmerzen. Tags darauf Status: 5 Frankenstückgrosse erythematöse Flecke im Gesicht, starke Anschwellung der Oberlippe; an deren Innenfläche eine erbsengrosse Blase und ein ebenso grosses blutendes Geschwürchen; Zunge sehr bedeutend verdickt, ihre Beweglichkeit sehr erschwert, an ihrer rechten seitlichen unteren Fläche ein 5 Centimes grosses Geschwür mit fibrinösem Belag; starker Foetor ex ore; fürchterliches Brennen und Jucken an der Scheide; am rechten Labium minus ein kleines Geschwürchen mit beträchtlicher ödematöser Schwellung in dessen Umgebung, Fluor vaginalis. Temp. 37,0°—37,6°. Auf die Beschaffenheit des Harns hatte die Attaque keinen sichtbaren Einfluss; auch keine Vermehrung des Blutes, keine Steigerung des Eiweissgehaltes, des specif. Gewichtes und der Urinmenge. Pat. hatte eine 8tägige Reconvalescenz durchzumachen, bis die Geschwüre narbenlos verheilt, das Jucken gänzlich verschwunden und das Allgemeinbefinden wieder das frühere gute geworden war. Das Krankheitsbild war

dem schon öfters nach Antipyringebrauch beobachteten so ähnlich gewesen, dass Autor sich zuerst überzeugte, dass keine Verwechslung vorgekommen war. Doch nein, das als harmlos gepriesene Lactophenin hatte dieselben schweren Erscheinungen hervorgebracht! Dass 2 so verschiedene Körper dieselben Intoxications-symptome veranlassen, ist wieder ein Beweis für die Nicht-Specificität der Arzneimittel-Exantheme. Vielleicht ist die so auffallende Wirkung des Lactophenins auch durch die Nephritis mit beeinflusst worden.

(Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1897 No. 24.)

Einen Fall von Camphervergiftung schildert Dr. A. Berkholz (Riga). Derselbe wurde am 19./II.  $\frac{1}{2}$  12 Uhr Nachts zu einer Frau gerufen, die ganz plötzlich an heftigsten Krämpfen erkrankt sein sollte. Schon beim Betreten des Zimmers fiel ein intensiver Geruch nach Campher auf. Auf dem Bette lag eine junge Frau mit offenen Augen ohne Lidschlag, getrübler Cornea, stechnadelkopfgrossen Pupillen, scheinbar in tiefem Coma. Gesichtsfarbe fahl, Puls sehr voll und kräftig (120), Athmung frequent. Der Mann der Pat. war um 10 Uhr nach Haus gekommen, die Frau lag wohl und munter im Bett; um 11 Uhr aber klagte sie über sehr heftige Kopfschmerzen, plötzlich bekam sie dann einen sehr heftigen Krampfanfall am ganzen Körper, schlug um sich, erbrach, um dann wie todt hinzusinken. Autor holte sich rasch seine Magenpumpe und war nach 10 Minuten wieder da. Das Bild war jetzt vollkommen verändert: Pat. schlug mit Händen und Füßen um sich, so dass sie kräftig gehalten werden musste, schrie mit heller Stimme, besonders einzelne Worte und Silben beständig wiederholend, Schmerzempfindung schien vollständig erloschen (Pat. schlägt fortwährend mit einem Fuss mit aller Kraft auf die Bettlehne), Sensorium total getrübt, Augen weit aufgerissen, ein Bild der ausgesprochensten Unruhe, des Wahnsinns. Magen-ausspülung mit einigen Litern Wasser, bis dasselbe nicht mehr nach Campher riecht. Keine Veränderung des Zustandes. 3 gr Chloral + 3 gr Bromkali  $\frac{3}{4}$  1 Uhr wird heruntergeschluckt, nachdem das Athmen durch die Nase abgeschlossen ist. Aufregungszustand allmählig geringer, kurze Pausen fast gänzlicher Muskelruhe, während

welcher Pat. jedoch noch schreit und singt. Auf Fragen noch keine Antwort. Nach  $\frac{1}{2}$  2 Uhr Klagen über Kältegefühl, gleich darnach wieder sinnloses Singen und Umsichschlagen. In den Zeiten der Ruhe giebt Pat. jetzt verständig mit überlauter Stimme Antworten; sie hat 30 gr Campher gekauft, ihn gerieben, in Wasser suspendirt und die Hälfte davon Abends 9 Uhr getrunken, ohne die ersten 2 Stunden irgend etwas von der Wirkung zu verspüren. Diese Angaben werden in Zwischenpausen, in klaren Momenten gemacht, dazwischen Schreien, Singen, oft unmotivirtes Lachen. Die Fröhlichkeit schwindet schnell, es folgen Klagen, Weinen. Dieser Zustand des Wechsels zwischen ausgelassenster Fröhlichkeit und tiefer Trauer dauert  $\frac{3}{4}$  Stunde. Dann nochmals 2 gr Chloral + 2 gr Bromkali. Bedeutende Beruhigung. Aber trotz der Medication kein Schlaf, auch am folgenden Tage nicht, wo sie trotz weiterer Bromkaligaben (3stündl. 1 gr) noch ziemlich unruhig ist, Kältegefühl und Schmerzen im Magen hat. Erst die 2. Nacht Schlaf, aber noch 3 Tage Uebelkeit, Magenschmerzen und Appetitlosigkeit. Urin immer klar, ohne Eiweiss, ohne Camphergeruch gleich den Fäces. — Als Maximaldosis für Campher wird 0,7 gr angegeben, die absolut tödtliche Menge schwankt bei den Autoren zwischen 2,5—7,0 gr; doch sind auch 2 günstig verlaufende Fälle mit 10 gr bekannt. Im obigen Falle wurden mindestens 15 gr genommen. Dass die Magenausspülung nach über 2 Stunden noch so gute Wirkung hatte, liegt wahrscheinlich an dem chemischen Verhalten des Camphers im Organismus, der sich in letzterem nämlich leicht zu Campherol oxydirt, welches sich wiederum bald in Campherglykoronsäure verwandelt, welche die giftigen Eigenschaften nicht mehr besitzt. Die Glykoronsäure ist ein Umwandlungsproduct speciell des Dextrins, wohl aber auch anderer Kohlehydrate; dass Pat. den Campher nach dem Genuss einer an Kohlehydraten reichen Abendmahlzeit zu sich nahm, war also jedenfalls ihr Glück. Vielleicht sind grössere Mengen Zucker als Antidot wirksam! Die Frau hatte den Campher als Abortivum genommen, indem ihm im Volke diese Wirkung zugeschrieben wird.

— Ueber einen Fall von Strychninvergiftung macht Dr. A. Habel (Zürich, medic. Klinik) Mittheilung. Am 10./XI. 97 wurde um 10 Uhr Vormittags ein Mann auf die Klinik gebracht, der um 8 Uhr einen Selbstmordversuch mit Strychnin begangen haben sollte. Schon bei der leisesten Berührung heftige klonische Krämpfe der Arme und Beine; Gesichtsausdruck sehr ängstlich, Gesicht selbst hochgradig cyanotisch und bleigrau verfärbt; ebenso verfärbt der ganze, mit kaltem Schweiß bedeckte Körper; grosse Unruhe, Sensorium aber vollkommen frei; Pupillen mittelgross, reagierten gut; Mund konnte nicht geöffnet werden; starker Opisthotonus, aber keine Nackensteifigkeit; Arme gestreckt, konnten aber ohne Widerstand gebeugt werden; Beine abducirt, Muskeln mit ihren Contouren unter der Haut hervortretend, unüberwindliche tonische Contracturen; zeitweise durchfuhren den ganzen Körper, besonders lebhaft die Arme, klonische Muskelstösse, ausgelöst durch akustische und optische Reize, sowie durch leichte Berührung der Haut, aber nicht durch festes Anfassen. Sofort Magenausspülung, wegen des Trismus und der Zuckungen unter grossen Schwierigkeiten, mit 12 Liter Wasser, dann intern starker schwarzer Kaffee und 2stündl. 10 Tropfen Tinct. Jodi. Krämpfe seltener, hörten in der Nacht ganz auf, nachdem Pat. im Laufe des Nachmittags noch 5 gr Bromkali erhalten hatte. Temp. 38°, Puls 132. Den 11./XI. kein Trismus mehr, keine klonischen Zuckungen auf Reize, untere Extremitäten noch steif; Pat. klagt über Harn-drang, ohne Wasser lassen zu können; Temp. 36,6°, Puls 88. Pat. berichtet, er habe gestern früh 8 Uhr 1 Messerspitze Strychnin (= 0,18, d. h. mehr als das 10fache der Maximaldosis!) genommen, worauf er zuerst um 9 Uhr an den Sprunggelenken heftige Schmerzen verspürte, die bald in die Kniee aufstiegen; dabei hatte er ein Spannungsgefühl, zuerst in den Beinen, dann im ganzen Körper, anfallsweise Schmerzen und blitzartige Zuckungen. Den 12./XI. keine Steifigkeit mehr, aber starke Schmerzen der Wirbelsäule entlang. In der Nacht spontan Harn. Derselbe von blutiger, braunrother Farbe, beim Stehen reichlich sedimentirend (Sediment ebenfalls blutig, braunroth), Eiweiss, Heller'sche Probe positiv; mikroskopisch: massenhaft Körnchen und flockige Massen, die deutlich gefärbt sind und aus Haemoglobin bestehen, rothe Blutkörperchen sehr spärlich und stets entfärbt, reich-

liche Rundzellen, kleinere und grössere Epithelialzellen, sehr viel Nierencylinder, die wenigsten hyalin und breit, die meisten grobkörnig und aus Haemoglobin bestehend, viele streckenweise mit dichten Lagen von Rundzellen bedeckt; Harnmenge 1600 cm, specif. Gewicht 1013, Temp. 36,5°, Puls 84. Den 16./XI. Pat. hat Temp. 36,5°, Puls 72. Den 18./XI. Harn wieder vollständig klar, ohne Eiweiss und Sediment. Den 22./XI. geheilt entlassen. — Interessant an dem Falle namentlich 3 Punkte: die Temperaturerhöhung am 1. Tage, die Harnretention, das Auftreten von Blut und Cylindern im Harn. Erstere lässt sich durch die angestrengte Muskelactivität erklären, war auch nur zu constatiren, als die Krämpfe am intensivsten waren. Die Harnretention beruhte wohl auf Krampf des Sphincter vesicae. Die Nierenerscheinungen stellten mehr eine Haemoglobinurie, als eine wirkliche Nephritis dar; das schnelle Zurückgehen der Erscheinungen, sowie das Vorhandensein von Strychnin in der Ausspülungsflüssigkeit zeigten, dass der grösste Theil des Giftes entweder neutralisirt oder durch die Ausspülung herausbefördert wurde.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 1.)

- Einen Fall von chronischer Aconitin-Intoxication publicirt Dr. Wolffberg (Breslau), der rein zufällig als Augenarzt die ziemlich schwere, seit Wochen an Stärke zunehmende Intoxication entdeckte. Pat., ein 40jähriger, ihm von früheren Augenuntersuchungen als Hypermetrop von 2,5 D. mit guter Sehschärfe bekannter Herr, der oft an quälenden Kopfschmerzen und neurasthenischen Symptomen litt, kam mit der Klage, dass die zuletzt verschriebene Brille seit 4—6 Wochen absolut unbrauchbar sei, und dass er auch in der Ferne etwas schlechter sehe; die Kopfschmerzen seien wesentlich geringer wie früher, die nervösen Beschwerden sonst aber eher ärger. Die Untersuchung ergab dieselbe manifeste Hm. und etwas geringere Sehschärfe ( $= \frac{5}{8}$  gegen  $\frac{5}{6}$ ), Pupillen entschieden weit, aber prompt auf Lichteinfall reagirend; auffällig war, dass Pat., welcher bis vor 6 Wochen noch seinem Alter und seiner Hypermetropie entsprechend mit + 2,5 D. kleinsten Druck in der Nähe (20 cm) gelesen, jetzt + 4 D. dazu haben musste, — d. h. also



Accommod.-Parese von 1,5 D. Bei Neurasthenischen ist letztere ja nicht so selten, doch beträgt sie da fast nie mehr als + 1 D. und ist vorübergehend. Dauernde findet man auch bei Diabetes, und da dieser nicht selten mit Neurasthenie verbunden ist, machte Autor sofort die Trommer'sche Probe, die aber negativ ausfiel. Für prodromales Glaukom lagen keinerlei Anhaltspunkte vor. Eine acute Digestionsstörung hatte in den letzten 8 Wochen nicht stattgefunden. Gefragt, ob er irgend ein Medicament einnehme, gab Pat. an, dass er die ihm von einem auswärtigen Nervenspecialisten vor 7 Wochen verordneten Pillen allerdings seit dieser Zeit einnehme. Die Anamnese ergab nun weiter, dass Pat. seit 6 Wochen eine Reihe von Erscheinungen an sich wahrgenommen habe: ein Gefühl, als ob er Watte in den Ohren hätte und als ob ihm die Ohrmuscheln abfielen, Verminderung des Gehörs, Speichelfluss, Durst, beständiges quälendes Kältegefühl. Das betreffende Recept brachte Tags darauf Aufklärung; es lautete:

Rp.

*Chinin. hydrobromic. 3,0*

*Acid. arsenic. 0,03*

*Aconitin. (Gehe) 0,0025*

*Pulv. Rad. et Extract. Gentian. aa*

M. f. pill. No. 50.

S. früh und Abends 1 Pille.

Und in der That: der Symptomencomplex sprach für Aconitinvergiftung, ja die weiten Pupillen, die Accommodationsparese und geringe Amblyopie sogar für ein vorgeschrittenes Stadium. Es giebt deutsches, französisches und englisches Aconitin. Das deutsche Präparat ist früher schwächer gewesen, doch kommen die jetzt von Gehe, Merck, Trommsdorf fabricirten an Giftgehalt den ausländischen mindestens gleich, so dass jetzt als Maximaldosis 0,001 pro dosi, 0,003 pro die gelten muss. Obiger Pat. nahm pro die nur 0,001, doch scheint die Maximaldosis für Aconitin (Gehe), das vielleicht noch giftiger ist, als das französische, noch nicht ganz festzustehen. Man kann das Mittel und wird es daher am besten ganz vermeiden, wenn es auch z. B. bei Trigeminusneuralgie oft ganz wirksam ist.

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges I, No. 9.)

**Meningitis.** Ueber Therapie der M. cerebrospinal. epidemica sprach Prof. Dr. Béla Angyán: Nach seiner Erfahrung lindern Blutegel den Kopfschmerz und die Erregungserscheinungen. Den Aderlass kann er nur empfehlen in den sogen. hyperacuten Fällen, doch auch da nur bei kräftigen Individuen und im Anfangsstadium der Erkrankung. Das kalte Bad vertragen die Pat. nicht, ein Collaps ist da nichts Seltenes. Das in je 3—4 Stunden einige Minuten lang vorgenommene Abgiessen des Kopfes und Nackens mit kaltem Wasser ist dagegen sehr vorthellhaft, besonders in soporösen und comatösen Zuständen. Prolongirte Eisumschläge üben eine gewaltige antiphlogistische Wirkung aus; Autor applicirt den Eisbeutel auf Kopf und Nacken, sowie Chapman'sche Schläuche auf die Wirbelsäule, aber nur solange der Pat. diese gut verträgt; Schmerzen und Erregungserscheinungen lassen dadurch nach, und oft stellt sich ruhiger Schlaf ein. Narcotica werden nur in heftigsten Erregungszuständen, bei unstillbarem Erbrechen und bei hartnäckiger Schlaflosigkeit gebraucht; contraindicirt sind sie bei Depressionszuständen des Nervensystems, bei Schlafsucht und drohendem Collaps, wo wieder Excitantia und Analeptica ganz am Platze sind. Lumbalpunktion und warme Bäder hat Autor bisher nicht versucht, sie sind ihm noch zu wenig erprobt. Seine hauptsächlichste Therapie besteht in Eisbeuteln und subcutanen Sublimatinjectionen. Letztere wurden der Wirbelsäule entlang applicirt, und zwar bei Erwachsenen täglich 0,01, bei Kindern 0,005—0,01 injicirt, in acut verlaufenden Fällen so lange das Fieber anhielt und die Kopf- und Rückgratsschmerzen sowie die Halsstarre nicht schwanden, in subacut verlaufenden aber wiederholt, solange die Exacerbation bestand. So wurden 27 Kranke von 3—30 Jahren behandelt, von denen 19 (= 70,3%) genasen. Die Zahl der Injectionen bei den geheilten Pat. betrug 4—24. Sie wurden gut vertragen; nur 1 Mal (nach der 14. Injection) vorübergehender Speichelfluss und 6 Mal Diarrhöe, jedoch ohne Speichelfluss, daher wohl kaum dem Sublimat zuzuschreiben. Meist schon nach der 2. oder 3. Injection klärte sich das Bewusstsein der Pat., die Erregung war gelindert, der Kopfschmerz geringer, Schlaf besser, nach der 5.—6. Injection war das Bewusstsein in der Regel vollständig zurückgekehrt und nach 7—8 die Nackenstarre

geringer oder ganz weg, das Fieber ebenfalls. Den Krankheitsprocess selbst scheint das Sublimat weder zu beschleunigen, noch zu verkürzen, es verhindert aber die Bildung der Entzündungsproducte, wie die Obductionen zeigten. — Discussion: Dr. K. Hochhalt hat mit heissen Bädern keine günstigen Resultate erzielt; durch die nachfolgenden Schweisse tritt Entkräftung ein, die Acuität der Krankheit aber wird gar nicht herabgemindert. Perémi hat die Sublimatinjectionen 3 Mal versucht; der eine Pat. starb am 4. Tage der Erkrankung nach 2 Injectionen, bei einem 17jährigen Pat. wichen alle Symptome nach 5 Injectionen, ähnlich bei einem 3jährigen Kinde. Dr. Gyurman hat stets einen ungemein günstigen Einfluss der localen Blutentziehung auf das subjective Befinden und namentlich auf die Kopfschmerzen beobachtet; auch ist er ein warmer Freund von protrahirten warmen Bädern (28° C. 20—30 Minuten). Angyán hebt noch die günstige Mortalität seiner Fälle (29,63%) gegenüber anderen Statistiken hervor: so starben unter 19 Fällen Lendvays 11 (=57,8%), in Preussen von 1887—1891 von 575 Fällen 241 (=46%), in den Berliner Spitalern von 1879—1891 von 106 Fällen 50 (=42,2%), in Hamburg von 144 Fällen 51%, in Böhmen 1894 sogar 66,6%.

(Verein der Spitalärzte in Budapest, 15. Sept. 1897. —  
Ungar. medic. Presse 1897 No. 41.)

**Pneumonie.** Eine bemerkenswerthe **Pneumokokken-Metastase** beschreibt Prof. Heubner (Berlin). Ein Säugling von 5 Monaten wurde im Januar aufgenommen mit einer ausgebreiteten Bronchitis, an welche sich nachher anschloss eine Affection des rechten oberen Lungenslappens, und zwar eine Affection, die Anfangs eine P. zu sein schien und mit erheblichem unregelmässigen Fieber verbunden war. Letzteres dauerte bis Mitte Februar, das Kind besserte sich dann und nahm an Gewicht zu, und es schien die Lungenaffectio nicht weiter fortzuschreiten. Aber in der Axilla wurde die Dämpfung immer stärker, so dass Autor schliesslich vermuthete, eine umschriebene Pleuritis habe sich an die P. angeschlossen. Verschiedene Functionen waren aber resultatlos. Gegen Ende Februar trat plötzlich eine sehr starke Schwellung der linken Schulter unter neuem Fieber ein. Die

angeschwollene Stelle wurde punctirt und Eiter gefunden; danach grosse Incision, wobei man auf den rauen Humeruskopf kam. Weiter stellte es sich heraus, dass auch das Schultergelenk vereitert war. Unter sorgfältiger Behandlung besserte sich auch diese Affection, und jetzt führen ganz gut aussehende Fisteln zu dem Gelenk hin. Diese Besserung bei einem schwachen, künstlich ernährten, so schwerkranken Säugling ist schon bemerkenswerth genug, noch mehr ist es aber der bakteriologische Befund im Gelenkeiter, in dem sich nämlich lediglich Pneumokokken vorfanden. Das erinnerte den Autor an Fälle, wie er sie schon vor vielen Jahren beschrieben hat, und die ihm seither von Zeit zu Zeit wieder begegnet sind. Im Anschluss an P. entwickeln sich eitrige Metastasen, die an verschiedenen Körperstellen localisirt sein können, besonders häufig doppelseitige eitrige Pleuritis, Pericarditis, zuweilen auch Peritonitis, Meningitis, endlich auch eitrige Gelenkentzündungen. Die Kinder, die Heubner damals beschrieb, sind alle zu Grunde gegangen; bei dem jetzigen Fall, wo die Sache keine zu grosse Ausbreitung angenommen hat, ist die Prognose vielleicht nicht so ungünstig. Es wird darauf ankommen, den Ernährungszustand des Kindes gut zu erhalten; aussichtslos erscheint die Wiederherstellung keineswegs.

(Gesellschaft der Charité-Aerzte, 11. März 1897. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 44.)

- Zur **Haematologie der P. und des Abdominaltyphus** liefert Prof. Th. v. Openchowski (Charkoff) einen interessanten Beitrag. Ein 21jähriger Student erkrankte nach mehrtägigem Unwohlsein am 27./IV. mit ausgesprochenen Erscheinungen des Typhus. Nachdem der Verlauf desselben bis zum 9./V. ein typischer gewesen, stellte sich da eine Blutung aus der Mundhöhle ein, ausserdem Symptome einer inneren Darmblutung. Letztere sistirte offenbar auf Opium, Ergotin und Kälte, aber die Blutung aus dem Munde, namentlich aus der linken Seite der Zungenwurzel, wurde im Laufe von 24 Stunden allmählig stärker und verursachte bedrohlichen Collaps, so dass am Abend des 10./V. der Zustand höchst beängstigend erschien. Alle localen Blutstillungsmittel versagten gänzlich, desgleichen subcutane Injectionen

physiolog. Kochsalzlösung, das entleerte Blut ward blässer und blässer, Stimulantien blieben absolut wirkungslos. Da beobachtete der Vater des Pat. (Arzt) gegen 1 Uhr in der Nacht vom 10. zum 11./V. im Munde des Kranken ein kleines Blutgerinnsel, gleichzeitig steigerte sich zusehends die Temperatur und besserte sich der Puls. Gegen 2 Uhr wurde die Blutung geringer, 1 Stunde später hörte sie ganz auf und kehrte nicht wieder. Der Puls war gespannt, die Temperatur stieg auf  $38,2^{\circ}$  und  $39^{\circ}$ , am Abend des 11./V. trat bedeutende Beschleunigung der Athmung (40) ein. Man fand eine ausgesprochene rechtsseitige fibrinöse Pneumonie, und diese endete nach 3 Pseudokrisen am 11. Tage, worauf Pat. in die Reconvalescenz allmählig überging. — Autor ist überzeugt, dass der Eintritt der Pneumonie der blutstillende Factor war. Während bei Typhus eine subnormale Menge von Leukocyten vorhanden ist, besteht bei P. eine vermehrte Menge derselben (beides ergaben Untersuchungen verschiedener Autoren). Nun hängt bekanntlich die Gerinnung des Blutes von der Menge der in demselben befindlichen Fibringeneratoren ab, die hauptsächlich durch Zerfall der Leukocyten entstehen. Daher also jene Unstillbarkeit der Blutung beim Typhus, daher der Stillstand bei Eintritt der Pneumonie. Man wird auch bei Stillung solcher Blutungen bei schweren Infectionen gut thun, nicht so sehr an locale Therapie zu denken, sondern nach allgemeinen Mitteln zur Steigerung der Leukocytose zu suchen.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1898 No. 1.)

**Prolapsus ani.** Zur Retention und definitiven Heilung des einfachen recidivirenden P. hat sich Dr. Rehn (Frankfurt a. M.) die, in Pausen von etwa 5 Tagen wiederholte Betupfung, resp. Momentätzung des analen Schleimhautrandes mit dem Argent. nitric.-Stift als ausgezeichnet wirksam erwiesen. Nach 5—8maliger Wiederholung der Aetzung ist in der Regel der gewünschte Erfolg erzielt. Es handelt sich bei diesen oberflächlichen Aetzungen um einen Momenteffect, welcher sofort eine energische Contraction des Sphinkter auslöst.

(Die ärztl. Praxis 1898 No. 1.)

**Pruritus.** Masrarel verordnet bei *P. vulvae*:

Rp.

*Chloroform.**Aether. sulfur.**Spir. camphor.*  $\overline{aa}$  48,0

S. Täglich 1 Mal aufzulegen.

(Médec. moderne 1897. — Dermatolog. Centralblatt 1897, Novemb.)

**Psoriasis.** In seinem Vortrage über Behandlung der *P.* resumirt Dr. E. Heuss (Zürich) zum Schluss seine Auseinandersetzungen in folgenden Sätzen:

1. Aetiologie und Pathogenese der Psoriasis ist uns unbekannt; vielleicht beruht dieselbe auf einer Pilzinvasion auf besonders dazu (hereditär oder erworben) disponirtem Boden.
2. Es giebt keine Behandlungsmethoden, die im Stande wären, Psoriasis dauernd zu heilen oder Recidive auch nur mit einiger Sicherheit hinauszuschieben.
3. Insoferne ist die Prognosis quoad sanationem ungünstig, während sie quoad vitam gut ist.
4. Immerhin giebt es Fälle, die aller Therapie spotten, besonders die sog. arthritischen Formen. Auch giebt es seltene, echte Psoriasiserkrankungen, die zu allgemeiner Dermatitis und weiter zum letalen Ausgang führen können.
5. Die erste Rolle bei der Psoriasisbehandlung spielt die äussere Localtherapie, die Beseitigung der durch Infection und Prädisposition gesetzten Veränderungen (psoriatische Efflorescenzen).
6. Das Antipsoriaticum par excellence ist das Chrysarobin. In leichteren Fällen, für gewisse Localisationen, kommen Acid. pyrogallic., Theer, Hydrarg. praecip. alb., Acid. salicylic. etc. in Betracht.
7. Eine erfolgreiche medicamentöse innere Behandlung (Arsen, Jodkali, Thyreoidin) giebt es nicht. Die Regulirung der Diät etc. kann bei der Behandlung unterstützend mitwirken.
8. Vielleicht gelingt es, durch geeignete Maassnahmen (Nachbehandlung mit Bädern, schwachen Salicylsäuresalben etc.) die infectionsempfängliche Haut vor Reinfektion für einige Zeit zu schützen, Recidive hinauszuschieben.

(Gesellschaft der Aerzte des Cantons Zürich, 18. Mai 1897. —  
Therap. Wochenschrift 1897 No. 33—34.)

**Syphilis.** 3 noch strittige Fragen der Syphilis-Therapie sucht Privatdoc. Dr. M. v. Zeissl (Wien) auf Grund seiner und Anderer Erfahrungen zu beantworten:

1. Wann soll die Behandlung mit Mercur begonnen werden?
2. Wie lange muss man die Behandlung fortsetzen?
3. Soll man die S. auch dann, wenn keine Symptome an den Kranken zu sehen sind, antiluetisch behandeln?

Ad 1 ist Autor der Ansicht, man solle die Mercurialbehandlung erst dann beginnen, wenn Allgemeinerscheinungen der S. zu Tage getreten sind. Thut man das eher, so schiebt man zwar das Auftreten der Allgemeinerscheinungen auf kurze Zeit hinaus, für diese kleine Verzögerung aber treten um so grössere Nachtheile ein. Durch eine derartige „Präventivallgemeinbehandlung“ geräth gewissermaassen die Reihenfolge der syphilitischen Erscheinungen in Unordnung. Man beobachtet an so behandelten Pat. nicht selten, dass die ersten Syphilide gruppirt auftreten, was darauf hinweist, dass solche Behandlung derartige Veränderungen im Organismus des Kranken hervorruft, welche sonst nur nach längerem Bestehen der Syphilisvergiftung beobachtet werden. Auch Recidive und gummöse Erscheinungen kommen bei solchen Pat. entschieden häufiger vor, als bei solchen, bei denen die Mercurialisation erst begonnen, als bereits Allgemeinerscheinungen aufgetreten waren. Deshalb waren auch Männer wie Diday, Hebra, H. Zeissl, Bärensprung gegen Frühbehandlung und sind es noch z. B. in Wien Kaposi, Neumann, Lang, Finger, Mracek. Folgende Beobachtung ist nicht selten: Bei einem Individuum tritt eine Roseola auf und man beginnt eine Frictionscur; während derselben, bei der 15. Einreibung etwa, schwinden die Erscheinungen des maculösen Syphilids vollständig, aber man lässt, sei es dass der syphilitische Primäraffect noch nicht vollständig geschwunden ist, oder aus Vorsichtsgründen den Pat. weitere 14 Einreibungen machen; dessenungeachtet tritt nun am Tage der 29. Einreibung ein papulöses Syphilid der Flachhand und Fusssohle auf. Das zeigt, dass wir nicht im Stande sind, das Auftreten neuer Erscheinungen durch die Behandlung zu verhindern. Wir erreichen nur, dass

wir den Pat. gegen die Einwirkung des Mercuri weniger empfindlich machen, dass wir dann weit grössere Dosen anwenden müssen. Ad 2 gilt natürlich der Satz, dass man die S. solange behandeln soll, bis die Erscheinungen der S. vollständig getilgt sind; unsere Kenntnisse darüber sind aber leider sehr mangelhafte. Autor lässt solange Mercur anwenden, bis alle Spuren des Exanthems und der Schleimhautaffection vollständig verschwunden sind und die syphilitische Initialsklerose dem tastenden Finger keine Resistenz mehr darbietet. Sind die Erscheinungen der S. weg, so hat es keinen Zweck mehr, antiluetisch einzugreifen, und erfahrungsgemäss hat die chronisch intermittirende Behandlung keine besseren Resultate aufzuweisen, als die Behandlung der Aerzte, welche nur eingreifen, wenn Erscheinungen vorhanden sind, und so eine unnöthige Einverleibung des Hg unterlassen. Auch die chronisch-intermittirende Behandlung weist traurige Resultate auf, wie auch 2 Fälle des Autors zeigten. Bei dem einen wurde der Pat. vom 30. Sept. 1880 bis November 1885 continuirlich behandelt, und zwar machte er im 1. Jahre 30 Einreibungen à 2 gr und 25 à 3 gr und nahm continuirlich Jodkalium; im 2. Jahre 25 Einreibungen à 3 gr, 3 Monate Zittmann, continuirlich Jodkalium. Vom November 1882 bis Mai 1887 hatte der Kranke keine Zeichen von S. dargeboten, jedes Jahr aber hatte er 40 Einreibungen à 2,5 gr gemacht und unausgesetzt Jodkali gebraucht, im Jahre 1885 auch noch 30 Tage Hydrarg. oxydul. tannic. genommen und 40 Tage Zittmann getrunken. Im Februar 1887 wollte sich Pat. verloben und begann vorher noch eine Inunctionscur; nach 10 Einreibungen erlitt der 34 Jahre alte Mann einen apoplektischen Anfall und trotz lange fortgesetzter Quecksilber- und Jodbehandlung erlag er der sich entwickelnden progressiven Paralyse im Jahre 1889. Ein anderer Pat. wurde 4 Jahre hindurch chronisch-intermittirend behandelt; trotzdem inficirte er, obwohl 4 Jahre von allen Erscheinungen frei geblieben, im 6. Jahre nach der Infection, nachdem er vor seiner Heirath noch eine Inunctionscur von 30 Einreibungen à 2 gr gemacht hatte, seine Frau, die im 5. Monate abortirte. Auch solche Erfahrungen lassen es erklärlich erscheinen, dass Autor ad 3 entschieden den Standpunkt vertritt, man



solle nicht unnöthig Mercur verbrauchen lassen, sondern erst dann, wenn sich frische Erscheinungen zeigen.

(XII. Internat. medic. Congress zu Moskau, —  
Wiener medic. Presse 1897 No. 47.)

— Als **beste Form der Schmiercur** bezeichnet Dr. P. G. Unna (Hamburg) die von ihm seit 1884 ausschliesslich angewandte und bei ca. 4000 Pat. erprobte Methode mit Quecksilbersalbenseife. Diese von ihm angegebene „graue Seife“ (Sapo cinereus) wird täglich bei Erwachsenen zu 3,0—4,0 gr verrieben (bei schwächeren Curen 1,0—3,0 gr); 4 gr entsprechen in ihrer Wirkung 6 gr der grauen Salbe. Die Seife wird mit der nackten oder behandschuhten Hand auf der gewählten Region (z. B. I. r. Bein, II. l. Bein, III. r. Arm und Schulter, IV. linker Arm und Schulter, V. Rücken, VI. Brust und Bauch, VII. Bad) leicht eingerieben und dann durch Verreiben mit der in heisses Wasser getauchten Hand verschäumt. Das Eintauchen der Hand muss 4—5 Mal während des Reibens wiederholt werden. Nach 10—15 Minuten ist Alles der Haut einverleibt und trocken gerieben, sodass nur ein leichter grauer Schimmer die eingeriebene Region von der übrigen Haut unterscheiden lässt; dieser reinliche Ueberzug bleibt bis zum Bade sitzen und beschmutzt die Wäsche fast gar nicht. Die „graue Seife“ enthält, wie alle Salbenseifen, einen aus Kalilauge und Schmalz gekochten und mit 5% benzoisirtem Schmalz überfetteten Seifenkörper, welchem  $\frac{1}{3}$  seines Gewichtes an Quecksilber incorporirt wird. Die Schmiercur damit hat vor der gewöhnlichen folgende Vorzüge:

1. Sie ist für den Pat. viel angenehmer und bequemer in Folge der grossen Reinlichkeit, des Gefühls der Trockenheit nach dem Einreiben und des Fehlens des Fettgeruches der grauen Salbe.
2. Sie ist an Energie der Wirkung jeder Form der grauen Salbe ebenbürtig, an Schnelligkeit der Wirkung überlegen.
3. Bei sehr fettiger Haut ist die Einverleibung eine vollständige.
4. Die Tiefenwirkung auf locale Processe ist viel energischer und sicherer (z. B. bei Drüsentumoren, Knochenaffectionen etc.).

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1898, Bd. 26, No. 2.)

- 2 bemerkenswerthe Fälle von S. stellte Lesser vor. Der erste bot diagnostische Schwierigkeiten dar und betraf ein tertiäres syphilitisches Ulcus am Penis. An der unteren Fläche der Eichel sieht man auch jetzt noch, wo das Bild durch Behandlung bereits verändert erscheint, einen grossen Defect, der das Frenulum vollständig zerstört hat und bis unter den Ansatz der Vorhaut am Sulcus coronarius und nach oben zu bis nahezu an die Harnröhrenmündung herangegangen ist. Als der Pat. in die Behandlung trat, war die Ulceration grösser, tiefer, speckig belegt und mit charakteristischem steilem Wall versehen. Gleichwohl ist bei solchen tertiär-syphilitischen Erkrankungen an den Genitalien die Diagnose oft nicht leicht, und Verwechslungen kommen häufig genug vor. So mit einem Primäraffect. Das ist hier sogleich auszu-schliessen; die Affection trat vor ca. 4 Monaten etwa 4 Wochen nach einem Coitus auf, auf den Pat. die Erkrankung, irrthümlicher Weise natürlich, zurückführt. Es ist der Umstand, dass nun alle Secundärererscheinungen hier fehlen, natürlich schon beweisend dafür, dass es sich nicht um Primäraffect handelte. Noch in Betracht käme bei dem 31 Jahre alten Pat. Carcinom, da in diesem Alter schon Carcinome an den Genitalien auftreten. Diese Verwechslung ist leicht möglich, besonders dann, wenn das ursprüngliche Gumma noch nicht ganz zerfallen ist und noch ein infiltrirter Wall am Rande vorliegt. Hier ist oft die Beschaffenheit der Lymphdrüsen wichtig, die bei Carcinom regelmässig anschwellen, bei der Tertiärsyphilis nicht. Am leichtesten kommt es aber zu Verwechslungen mit Ulcera molliä, und zwar den serpiginösen oder phagedänischen. Ein zerfallenes Gumma, wenn von dem Infiltrat nicht mehr viel zurückgeblieben ist, kann in der That so aussehen; allerdings zeigt diese Form des Ulcus molle meist einen viel rascheren Verlauf, so dass es kaum möglich wäre, dass hier im Laufe von 4 Monaten diese Affection auf eine solche nur 10 Pfennigstückgrosse Fläche sich beschränkt hätte. Aber oft lassen auch diese differentialdiagnostischen Merkzeichen im Stich, und thut man gut, hier eine specifische Therapie einzuschlagen. Autor sah mehrere Fälle, wo die Diagnose nach jeder Richtung hin gestellt war, wo die Pat. mit Paquelin und scharfem Löffel wochenlang maltrairt worden sind, das

Geschwür sich immer mehr ausbreitete, bis schliesslich einige Flaschen Jodkali bald Heilung herbeiführten. Diesem Irrthum entgeht man also am sichersten, wenn man von vornherein selbst in zweifelhaften Fällen Jodkali giebt. Die Anamnese bestätigte hier nun auch die Diagnose: Pat. inficirte sich 1886, machte dann eine Spritzcur durch und bekam dann angeblich erst vor  $\frac{1}{2}$  Jahr wieder Erscheinungen, ein tertiäres Exanthem, von dem jetzt noch die Narben sichtbar sind. — Auch im 2. Falle war ein diagnostischer Irrthum sehr naheliegend. Hier lag eine frische S. vor mit extragenitaler Sklerose, höchstwahrscheinlich an einer Tonsille. Pat. bekam im März d. J. als erstes Symptom die starke Schwellung der Lymphdrüsen unter dem linken Kieferwinkel, die auch jetzt noch ziemlich erheblich ist. Dann, Ende März oder Anfang April, trat zuerst ein Ausschlag auf, der unter der Behandlung zum Theil heilte, zum Theil aber auch recidivirte. Jetzt findet man erstens die Reste einer Roseola syphilitica, die noch leicht angedeutet ist, zweitens ein eigenthümlich localisirtes und eigenartig aussehendes papulöses Syphilid. Die Eruption ist hauptsächlich auf die oberen Theile der Brust, die Mitte und untere Parthie des Rückens, besonders die Kreuzgegend beschränkt und besteht nicht, wie gewöhnlich beim papulösen Syphilid, aus ungefähr gleichmässig grossen, braunen Papeln, sondern aus Papeln von den verschiedensten Grössen, eben noch wahrnehmbaren Punkten bis zu 5—10 Pfennigstückgrossen Efflorescenzen, die sich ausserdem durch eigenthümlichen Glanz und eigenartige Form auszeichnen, was am deutlichsten hinten am Kreuzbein zu sehen ist, wo die Papeln zahnradförmig erscheinen und vielfach in der Mitte eine kleine Delle aufweisen. Es ist das typische Bild des Lichen ruber planus. Der Fall zeigt also, wie sehr oft ein Fall vom Schema abweicht und weiter, wie durch ätiologisch ganz verschiedenartige Dinge derselbe Effect hervorgerufen werden kann.

(Gesellschaft der Charité-Aerzte, 3. Juni 1897. —  
(Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 50.)

- Einen Fall von Brown-Séquard'scher Lähmung auf syphilitischer Basis demonstirte Dr. Strauss (Berlin, III. medic. Klinik). Pat. ist ein 48jähriger Tischler, hereditär nach

keiner Richtung belastet, der während des deutsch-französischen Feldzuges S. acquirirte und als Soldat deshalb behandelt wurde. Bis December 1895 blieb er dann gesund, da aber erkrankte er mit Stichen und Schmerzen in der rechten Rückenseite, welche ihm das Bücken unmöglich machten, ferner mit Magenschmerzen. Bald darauf empfand er im rechten Arm und rechten Bein ein todtcs Gefühl, das nach einiger Zeit aus dem Arm verschwand, aber im Bein bis jetzt bestehen blieb. Im Herbst 1896 bemerkte Pat. im linken Bein Schwäche; dieselbe verging nach 4 Wochen wieder, ist aber seit  $\frac{1}{4}$  Jahr abermals vorhanden. Seit ca.  $\frac{1}{2}$  Jahr sollen im linken Bein auch Zuckungen vorkommen, durch die das Bein mitunter so in die Höhe geworfen wird, dass die Bettdecke weggeschleudert wird. Auch bestehen seit  $\frac{1}{4}$  Jahr stechende Schmerzen in der linken Rumpfhälfte, welche halbgürtelförmig in der Höhe des Nabels ihren Sitz haben. Schwindel bestand im Laufe des vorigen Sommers etwa  $\frac{1}{4}$  Jahr lang. Im Sommer 1896 machten sich eine Zeit lang Störungen der Urinentleerung geltend, theils leichte Grade von Incontinenz, theils Nothwendigkeit, stärker zu pressen. Seit Beginn der Erkrankung leidet Pat. an Verstopfung, auch ist sogleich die Potenz geschwunden. Die jetzigen Klagen sind: Schwäche und Zuckungen im linken Bein, Taubheitsgefühl im rechten Bein, Schmerzen im Kreuz und in der linken Rumpfhälfte, Stuhlverstopfung. Die objective Untersuchung aber ergiebt das ganz charakteristische Bild der Brown-Séquard'schen Lähmung, nur dass der Muskelsinn sich als normal erhalten erweist. Und die Aetiologie? Potus liegt nicht vor, Traumen sind nicht vorgekommen; es kann nur die S. als ätiologisches Moment herangezogen werden, eine Ansicht, die gestützt wird durch ein gewisses Kommen und Gehen und die Multiplicität der Erscheinungen, wie sie gerade bei S. cerebrospinalis häufig beobachtet wird. Ob eine Gummibildung oder eine Meningomyelitis specifica oder eine Endarteriitis die Basis bildet, dies zu entscheiden ist freilich nicht möglich. Dass Jodkali eine Zeit lang wesentliche Besserung herbeiführte, ist nicht maassgebend für die Diagnose, da bei der Affection auch spontane Besserungen

vorkommen, bildet aber immerhin ein verwerthbares Moment für die ätiologische Beurtheilung.

(Gesellschaft der Charité-Aerzte, 1. Juli 1897. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 3.)

**Tabes dorsalis.** Analgesie der Testikel gegen Druck findet man bei etwa 75% aller Tabiker. Dieses von Pitres zuerst betonte Symptom ist aber kein ganz unveränderliches, wie etwa das Fehlen der Sehnenreflexe, die Pupillenstarre u. s. w. E. Bitot und J. Sabrazès (Bordeaux) haben jetzt 3 Fälle beobachtet, bei denen Hodenanalgesie deutlich bestand, aber im weiteren Verlauf der T. wieder verschwand. Bei 2 dieser Fälle trat mit der Wiederkehr der normalen Sensibilität in den Hoden auch zugleich eine Besserung der vorher gestörten sexuellen Functionen ein.

(Revue de Méd. Februar 1897. — Neurolog. Centralblatt 1898 No. 1.)

— Störungen des Geruches und Geschmackes sind nach Klippel bei T. gar nicht so selten, als man annimmt; solche geringeren Grades sind sogar häufig, auch sind sie recht mannigfaltig. Man findet Herabsetzung bis vollständigen Verlust, perverse Empfindungen, Parästhesieen und Herabsetzung bis Verlust der von diesen Organen ausgehenden Reflexe. Ferner finden sich Störungen der allgemeinen Sensibilität in den betreffenden Gebieten, so namentlich nasale Krisen, die mit einer auraartigen Parästhesie im Gesicht oder am Hals beginnen, worauf sich Prickeln in der Nase und endlich ein Niesanfall einstellt. Stets sah Autor, wenn Geruchs- oder Geschmackstörungen erheblicheren Grades vorlagen, andere bulbäre Nerven betroffen; es fanden sich Symptome von Seiten des Facialis, Trigemini und Hypoglossus. Die Kenntniss dieser Erscheinungen ist wichtig, weil dieselben auch als Frühsymptome auftreten.

(Arch. de Neurol. Vol. III, 1897 No. 16. — Ibidem.)

---

## Vermischtes.

---

- **Validol als Analepticum und Antihystericum** empfiehlt Dr. G. Schwersenski (Berlin). Nach vielfachen Versuchen, dem so gut wirkenden Menthol seine unangenehmen Nebenerscheinungen zu benehmen, gelangte derselbe endlich zu einer Vereinigung des Menthols mit Valeriansäure. Die chemisch reine Verbindung dieser beiden, welche, ohne die Wirkung des Menthols zu schwächen, die irritierende Schärfe desselben verhüllt, bildet auch ein vorzügliches Vehikel für starke Mentholdosen, die eben allein eine genügende analeptische Wirkung gewährleisten. Jene chemische Verbindung nun mit einem den stimulirenden Effect steigenden Gehalt an freiem Menthol heisst eben kurz „Validol“ und ist eine kristallklare, farblose Flüssigkeit, etwa von der Consistenz des Glycerins, von mildem Geruch und erfrischend kühlem, ganz schwach bitterem Geschmack. Es ist ein kräftiges Analepticum und zugleich Stomachicum. Validol mit 30% freiem Menthol ist allen Bedürfnissen am meisten entsprechend (hergestellt von den Vereinigten Chininfabriken Zimmer & Co.). 10—15 Tropfen, ein- oder mehrmals täglich dargereicht (auf Zucker oder in Südwein) genügen als Stimulans und bilden auch ein vorzügliches Hilfsmittel bei Behandlung von Hysterie und Neurasthenie, zumal solchen Zuständen, die mit Schwäche einhergehen. Validol wirkt aber auch appetitanregend, beseitigt prompt Uebelkeit, Druckgefühl, Flatulenz; es übt eben das Menthol einen secretionsverstärkenden Reiz auf die Schleimhaut aus, wirkt auf die Nervenendigungen im Magen, hat zudem fäulniss- und gährungswidrige Kraft. Dosis auch hier: 10—15 Tropfen jedes Mal.

— Ueber **Behandlung der Anorexie der Kinder mit Orexintannat** lässt sich Dr. F. Steiner (Wien) aus. Er wollte bei Kindern das Orexin als Stomachicum versuchen. Aber das von Penzoldt empfohlene Orexin. basic. hat einen recht garstigen Geschmack, welcher neben lästigem Brennen im Munde auf Stunden anhält; mehr als eine Dosis nahmen daher Kinder, welche noch nicht mit Oblaten ihr Pulver schlucken konnten, nicht. Anders das auf des Autors Veranlassung hergestellte (Kalle & Co., Biebrich a. Rh.) gerbsaure Orexinsalz, das geschmacklos ist und gern genommen wurde. Es wurde etwa 100 Kindern gegeben; meist war der Erfolg derart, dass auf eine mehrmalige (5 Tage hindurch) gereichte Gabe des Mittels der Appetit auf längere Zeit oder dauernd wiederhergestellt wurde. Autor gab vom 3. bis 12. Jahre einheitlich  $\frac{1}{2}$  gr des Pulvers in Oblaten oder mit etwas Wasser oder Zucker, und zwar diese Dosis 2 Mal täglich, 2 Stunden vor dem Mittag- und vor dem Abendessen. So wurde das Mittel 5 Tage gegeben, dann ein paar Tage ausgesetzt, und wenn sich der Appetit unterdessen wieder verminderte, neuerlich 10 Tage hindurch verabreicht. Dann war in der Regel der Erfolg gesichert, und nur bisweilen war es nöthig, noch weitere Behandlung mit dem Mittel folgen zu lassen. Der geringste Effect wurde erzielt bei anatomischen Magenleiden, acutem Fieber, vorgeschrittenen Stadien der Phthise und ebenso bei solchen Kindern, welche an habitueller Stuhlverstopfung litten, recht befriedigender bei Chlorose und Anaemie, im Reconvalescentenstadium nach infectiösen Erkrankungen, bei Nervosität und Neurasthenie, bei atonischen Zuständen des Magens und Inanitionszuständen als Folge gewohnheitsmässigen Hungerleidens, ganz eclatanter bei beginnender Phthisis (chron. Pneumonie) und Scrophulose. Jedenfalls besitzen wir im Orexin. tannic. ein Stomachicum, auf welches wir uns entschieden besser verlassen können, als auf die anderen bisher verwendeten Stomachica der Kinderpraxis, sei es nun, um den darniederliegenden Appetit anzuregen und zum normalen zu erheben, sei es, um im Anschlusse daran eine Mastcur durchzuführen.

- Eine Publication von Dr. Haun (Gladenbach) betrifft die **alimentäre Albumosurie**. Nach Chvostek und Stromayr gelingt es bei normalen Menschen oder Individuen, deren Darmschleimhaut keine schweren Läsionen, wie Ulcerationen, aufweist, nicht, auf Zufuhr grosser Mengen von Albumose in der Nahrung Albumosen im Harn nachzuweisen. Nun beobachtete Autor folgenden Fall bei einem Kinde ohne schwere Läsion der Darmschleimhaut: Ein 8jähriger Knabe litt an Meningitis cerebrospinalis. In den ersten 14 Tagen konnte der Ernährungszustand durch Milch und Eier soweit erhalten werden, dass es nicht nöthig war, zu künstlichen Präparaten zu greifen. Als Milch und Eier verweigert, resp. erbrochen wurden, erhielt Pat. täglich 60 gr Somatose. In den ersten 8 Tagen wurde dieselbe anscheinend gut vertragen, resorbiert und jedenfalls auch umgesetzt. Nach dieser Zeit bekam der Harn eine eigenthümliche dunkle Färbung; es sah fast aus, als ob Somatose dem Harn direct zugesetzt wäre. Auch der Geruch des Harns erinnerte an Somatose. Die Untersuchung ergab nun das Fehlen von Eiweiss, dagegen reichlichen Gehalt an Albumose. Jetzt wurden täglich nur noch 10 gr Somatose gegeben, worauf nach 3 Tagen die Albumose aus dem Harn verschwunden war. — Der Fall zeigt also auch, dass keine unbeschränkte Menge Somatose beim Stoffwechsel Verwendung findet, und dass bei Darreichung des Mittels eine Controlle des Harns empfehlenswerth ist. Im Uebrigen bewährte sich die Somatose auch in diesem Falle vorzüglich, was schon daraus hervorgeht, dass der 8jährige Pat. 8 Tage lang pro die 60 gr gut vertrug, und dass er auch später bis zu seiner innerhalb 6 Wochen eintretenden Genesung noch 10 gr pro die mit Vortheil nahm.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1897 No. 23.)





## Bücherschau.

---

— Es ist ein nicht geringes Verdienst Dr. K. Oetker's, dass er uns durch seine wohlgelungene Uebersetzung des erfahrenen Londoner Nervenarztes und Elektrotherapeuten Dr. Jul. Althaus' Büchlein „**Der Werth der Elektricität als Heilmittel**“ (Verlag von Joh. Alt, Frankfurt a. M.) zugänglich machte. Mit wenigen Sätzen versteht es der Autor, uns über Alles, was die technische Seite des Gegenstandes betrifft, zu orientiren, und in dem eigentlichen therapeutischen Theil, in welchem die einzelnen Affectionen besprochen werden, durch reiches casuistisches Material unser Interesse zu erregen und belehrend und anregend zu wirken. Auf kaum 100 Seiten findet man den Gegenstand so nach allen Seiten hin beleuchtet, dass man grössere Werke ganz gut entbehren kann, falls man nicht in die genaueren Details einzudringen den Wunsch hat. Das kleine Buch kann warm empfohlen werden.

— Zu den von uns bereits erwähnten **Medicinalkalendern** ist nun noch eine Reihe anderer hinzugekommen, und da alle Herausgeber sich alljährlich bemühen, Verbesserungen von praktischem Werthe anzubringen, fällt dem Neuling die Wahl wirklich schwer. Der Specialarzt für Frauen- und Kinderkrankheiten hat es leichter; ihm steht jetzt der **Kalender für Frauen- und Kinderärzte** von Eichholz und Sonnenberger (Ferd. Harrach in Kreuznach) zur Verfügung, der neben gediegener Ausstattung, einem bequemen Kalendarium, eine Reihe fachärztlicher Notizen und mehrere werthvolle Aufsätze (z. B. von Kleinwächter, Drews, Sonnenberger, Eschle, Fürst etc.) bringt. Dem allgemeine Praxis treibenden Arzt stellt, wie seit 48 Jahren, der Verlag von Aug. Hirschwald (Berlin) ihren beliebten **Kalender Dr. R. Wehmer's** zur Verfügung, bei dem wir jetzt ebenfalls eine Theilung des Kalendariums (hier in Semesterhefte) finden, wodurch die Handlichkeit erhöht wird. Wie reichhaltig und zweckentsprechend hier der textliche Theil ist, braucht nicht erst hervorgehoben zu werden; der II. Theil, bekanntlich Verfügungen und Personalien des Civil- und

Militär-Medicinal-Wesens enthaltend, zeichnet sich heuer dadurch aus, dass die Aerzte, nach Kreisen und Städten geordnet, genannt werden, was eine grosse Erleichterung beim Aufsuchen bedeutet. Nun seien noch 2 kleinere Kalender erwähnt, die ebenfalls sich in Aerztekreisen grosser Beliebtheit erfreuen und in der That allen Anforderungen durchaus genügen: Der **Lorenz'sche Taschenkalender** (Berlin, Rosenbaum & Hart) bietet nicht nur besonders viel Raum für tägliche Notizen, sondern bringt auch textlich ein recht reichhaltiges Material für den Praktiker, so z. B. genaue diätetische Vorschriften bei den einzelnen Krankheiten, die dankbar werden acceptirt werden. Bei dem von Kionka, Partsch und Leppmann herausgegebenen **Medio. Taschenkalender** ist ein besonders breiter Raum den „Arzneimitteln mit Angabe ihrer Dosirung, Form, Anwendung und Preises“ eingeräumt, welcher Abschnitt sehr eingehend berücksichtigt ist; aber auch zahlreiche andere Capitel und Notizen machen den Kalender dem Praktiker werthvoll und werden ihm neue Freunde schaffen. Verlegt wird er von Preuss & Jünger (Breslau).

— Nach kaum 1 $\frac{1}{2}$ jährigem Zwischenraum ist jetzt das **Lehrbuch der gynäkologischen Diagnostik** von Prof. Dr. G. Winter in 2. Auflage erschienen (Leipzig, Verlag von S. Hirzel, Preis: M. 14). Dass dieses Werk einen derartigen Erfolg hatte, kann nicht Wunder nehmen; die Lectüre schon eines kleinen Abschnittes aus demselben genügt, zu zeigen, dass dieses Buch aus der Praxis heraus für die Praxis geschrieben ist, dass der erfahrene Autor es vorzüglich versteht, das Wichtige und Wissenswerthe mit klaren Worten hervorzuheben, und in leicht anschaulicher Form in Wort und Bild klarzustellen, worauf es ankommt. Auch in Bild; denn die 140 Textabbildungen und 20 Tafeln sind geradezu musterhaft, erstere imponiren oft durch die schematische Einfachheit, die sofort den Leser die Situation beherrschen lässt, letztere weisen eine so gediegene Ausführung auf, dass sie dem Buche zur höchsten Ehre gereichen. Kurz, nicht ein Eintagsproduct der medicinischen Litteratur liegt vor uns, sondern ein Werk von dauerndem Werth, das zweifellos noch zahlreiche Auflagen erleben und Generationen von Aerzten das wichtige Capitel der gynäkologischen Diagnostik lehren wird.

— **Cystitis und Urinfection** ist ein im Verlage von S. Karger (Berlin 1897, Preis M. 7) erschienenenes Buch betitelt, in welchem der Verfasser, Dr. M. Melchior, das Resultat mehrjähriger Untersuchungen am Kgl. Frederiks-Hospital zu Kopenhagen niedergelegt hat. Das ursprünglich im Dänischen publicirte Werk (1893) wurde

dann ins Französische übersetzt und von Guyon mit einem Vorwort versehen, worin er das Buch als „den, vom dreifachen: klinischen, experimentellen und kritischen Gesichtspunkte aus betrachtet, bisher wichtigsten Beitrag zur Lösung der Frage von der Urininfektion“ bezeichnet. Diesem maassgebenden Urtheil wäre nichts hinzuzufügen. Das Werk, das hauptsächlich interessante bakteriologische Daten bietet, aber auch die Klinik eingehend berücksichtigt und durch zahlreiche Krankengeschichten dieselbe illustriert, dürfte denjenigen, der sich mit dem betreffenden Stoffe beschäftigt, bei seinem Studium unentbehrlich sein.

— 2 Lieferungswerke, deren Fortsetzungen von den zahlreichen Lesern immer mit Spannung erwartet werden, sind wieder vorwärts geschritten, das „**Lehrbuch der Allgemeinen Therapie und therapeutischen Methodik**“ von Eulenburg und Samuel (Wien, Verlag von Urban & Schwarzenberg) und der „**Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen Krankheiten**“ von M. Chotzen (Verlag von L. Voss in Hamburg). Von ersterem sind wieder 2 Hefte erschienen (8/9). Sie enthalten die Fortsetzung der ausgezeichneten Rosenheim'schen Arbeit: „Diätotherapie“ und den Anfang eines neuen Abschnittes „Pharmakotherapie“, dessen Bearbeitung sich Prof. Dr. Schulz unterzogen hat, dem es, wie man bereits nach den vorliegenden Proben urtheilen kann, gelungen ist, sich dem Rahmen des Ganzen in seinen Ausführungen anzupassen. Letztere sind geistreich, fein pointirt, interessant und lehrreich. Der Chotzen'sche „Atlas“ bringt wieder eine Anzahl von farbigen grossen Bildern, bei denen die moderne Technik ihre Leistungsfähigkeit kundgibt und der Herausgeber von neuem zeigt, dass ihm die Absicht, Curiosa zu bringen fernliegt, dass er vielmehr sich bestrebt, die Differentialdiagnostik durch möglichst naturgetreue Abbildungen einfacher, aber manchmal diagnostischen Irrthümern ausgesetzter Krankheitsbilder zu erleichtern. Und das ist ihm vortrefflich gelungen.

— Das bekannte von Oberstabsarzt Dr. A. Villaret bei Ferdin. Enke (Stuttgart) publicirte „**Handwörterbuch der gesamten Medicin**“ erscheint seit Kurzem in 2., gänzlich neu bearbeiteter Auflage. Von derselben liegen bereits die ersten 4 Lieferungen vor (im Ganzen soll das Werk 25 Lieferungen à M. 2 umfassen), und diese zeigen bereits zur Genüge, dass das Werk zu den alten Vorzügen neue bekommen hat, Dank der mühevollen Thätigkeit seines Herausgebers und des Stabes von Mitarbeitern, mit denen derselbe sich wieder zu umgeben verstanden hat, und unter denen wir erste Namen finden. So ist die Genauig-

keit und Vollständigkeit des Werkes, die schon bei der 1. Auflage imponiren konnte, noch wesentlich erhöht worden, und das Werk wird noch in höherem Maasse wie bisher dem Praktiker über alle Fragen kurze, aber klare Auskunft geben, ihm Alles rasch zur Verfügung stellen, dessen er gerade bedarf. Die vorliegenden Hefte führen bis zu dem Stichwort „Calcium“; der Fortsetzung sehen wir mit vielem Interesse entgegen. — Bei dieser Gelegenheit wollen wir auch erwähnen, dass jüngst im gleichen Verlage ein kleines Werkchen von Prof. Dollinger erschienen ist, „Die Behandlung der tuberculösen Wirbelentzündung“, in dem der Verfasser, auf die bei über 700 Spondylitiskranken gemachten Erfahrungen sich stützend, in Wort und Bild die Principien seiner Therapie auseinandersetzt. Die Einfachheit der Methode und die erzielten Erfolge fordern unbedingt zum Studium des kleinen Buches (44 S.) auf, dessen Lectüre warm empfohlen werden kann.

— Die **Bibliothek der medicin. Wissenschaften**, im Verlage von Karl Prohaska (Teschen u. Wien) herausgegeben von Prof. Drasche, schreitet — wenn auch in der letzten Zeit etwas langsam — vor. Heut liegen uns die Lieferungen 136—141 vor, von denen die ersten 4 die Disciplinen „Augenkrankheiten“ und „Hygiene und gerichtliche Medicin“ weiterführen, während die übrigen eine neue Disciplin „Ohren-, Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten“ zum 1. Male bringen. Wir haben uns über die Vorzüge auch dieses grossen Nachschlagewerkes, welches ebenfalls hervorragende Autoren zu Worte kommen lässt, schon so oft verbreitet, dass wir heute nur erwähnen, dass auch die neuen Lieferungen unsere früheren Empfehlungen durchaus rechtfertigen. Autoren, wie Kuhn, Chiari, Hajek, Emmert, Greef, Herrnbeiser u. s. w. bringen sehr schätzenswerthe Beiträge, die zum Theil mit Illustrationen, Chromotafeln etc. geschmückt sind.

— **Kleptomanie und Hypnotherapie** ist ein kleines Büchelchen (Preis 60 Pf.) betitelt, welches von Dr. Didier verfasst ist (Krüger & Co., Leipzig). Mediciner und Juristen, aber auch gebildete Laien werden darin manches Interessante finden, welches die Lectüre verlohnt.



Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**M. 7.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**  
aus der gesamten Fachliteratur  
**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**  
*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Grætzner in Sprottau.*  
Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*April*

*VII. Jahrgang*

*1898*

---

**D**ie früher erschienenen sechs Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

**Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.**

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen!

---

**Akne.** Schluss des Jessner'schen Artikels: **Therapie der A. simplex und A. rosacea:** Die Therapie der A. rosacea nun hat natürlich auch zunächst anzuknüpfen an die Ursachen des Leidens. Da heisst es gynäkologische Leiden behandeln, Magenkatarrhe, chron. Obstipation beseitigen, eine Adipositas nimia vermindern, etc. Eine Regelung der Diät wird stets in demselben Sinne, wie bei der A. simplex nöthig sein: Verminderung des Fleischgenusses, Steigerung der Zufuhr von Vegetabilien aller Art werden meist dabei in Frage kommen. Verboten muss alles werden, wovon der Pat. erfahrungsgemäss weiss, dass es bei ihm Congestion zum Gesicht macht; es haben diese Eigenschaft gewöhnlich alle heissen Speisen und Getränke, Kaffee, Thee und vor allem — Alkohol! Mit letzterem muss man tabula rasa machen in allen Fällen! Erlaubt man kleine Mengen, bestimmte Sorten

u. dgl., so pflegen diese Grenzen nur kurze Zeit respectirt zu werden. Von internen Heilmitteln kann man auch hier nur Ichthyol und Schwefel benützen. Bei der örtlichen Behandlung muss man den arteriellen Typus von dem venösen auseinander halten. Ist die Haut hellroth, glatt, zart, nicht von vielen Gefässen durchzogen, dann verfährt man ähnlich wie bei *A. vulgaris*. Allabendlich wird die Haut mit guter Ichthyolseife gewaschen und dann mässig frottirt, endlich eine Schwefel-Ichthyolpaste aufgelegt:

Rp.

*Sulfur. depurat. 2,0*  
*Ichthyol. 0,4—1,0*  
*Zinc. oxyd.*  
*Amyl. aa 4,0*  
*Vaselín. flav. ad 20,0.*

D. S. Aeusserlich!

Auch Resorcin in 2—5%iger Paste ist von Nutzen. Man kann ferner auch 5—10%ige Ichthyollösungen mit Glycerinzusatz aufpinseln und antrocknen lassen. Morgens werden die Medicamente, falls der Pat. seinem Berufe Tag über nachgehen will, erst mit Oel, Benzin, milder Seife entfernt, und etwas Crème, Kühsalbe, Puder aufgelegt. Wo es sich nicht gerade um eine sehr empfindliche Haut handelt, wird eine Unterbrechung dieser Cur nicht nöthig. Von Vortheil ist hier, wie bei allen Fällen von Rosacea, die flüchtige Application des heissen Wassers, nach jeder Mahlzeit ausgeführt. Viel energischer muss man vorgehen beim torpiden, venösen Typus, wo die Haut blauroth ist, von weiten Gefässen durchzogen wird, hypertrophische Bildungen trägt, massenhaft Sebum in den sehr erweiterten Talgdrüsen enthält, mit Aknepusteln besetzt ist. Hier tritt die chirurgische und Schälpastenbehandlung in Thätigkeit, welche letztere eine Abstossung der oberflächlichen Hautschichten bezweckt und folgendermaassen geübt wird: Abends lässt man die Haut energisch waschen und frottiren, worauf eine Paste aufgelegt wird:

Rp.

*Naphthol. 1,0*  
*Sulfur. depurat. 4,0*  
*Vaselín.*  
*Sapon. virid. aa 2,5.*

D. S. Aeusserlich!

oder:

Rp.

*Resorcin. albiss. 3,0—5,0**Zinc. oxyd.**Amyl. aa 1,0**Vaselín. flav. 5,0.*

D. S. Aeusserlich!

Die Paste bleibt liegen, bis die Haut tüchtig geröthet und gespannt ist; oft genügt dazu eine Nacht. Event. wiederholt man die Procedur die folgende Nacht, aber nicht ohne vorherige Controle! Letztere ist nöthig, um zu starke Reizung zu verhüten, andererseits zu geringe herauszufinden. Wenn sich der Pat. der Cur am Tage widmen kann, applicire man die Pasten am Tage, da das Brennen da nicht so lästig empfunden wird. Ist die Haut roth, heiss, schmerzhaft gespannt, dann legt man eine milde Paste auf, z. B.

Rp.

*Zinc. oxyd.**Amyl.**Vaselín.**Lanolín. aa 10,0.*

D. S. Aeusserlich!

Dieselbe bleibt ununterbrochen liegen, bis die eintretende Schälung beendet ist. In dieser Zeit wird nicht gewaschen, nicht gerieben, sondern immer die Haut mit der milden Paste bedeckt gehalten. Noch einfacher ist die Anwendung des Zinkleims, mit dem, nachdem er durch Einstellen in kochendes Wasser verflüssigt ist, die Haut dick bestrichen und dann mit Watte betupft wird. Man erhält so einen Verband, der liegen bleiben kann, bis der Leim sammt der sich abstossenden Epidermisschicht sich spontan abhebt. Ist die Schälung beendet, dann folgt eine Nachbehandlung mit einfacher Seifenwaschung und milder Paste, der man höchstens 5% Schwefel oder 2% Ichthyol zusetzt. Erst nach einigen Wochen übersieht man, was man erreicht hat. Ist das zu wenig, so muss noch einmal von vorn begonnen werden u. s. w. Für alle Fälle genügt aber diese Therapie nicht, und erst chirurgische Maassnahmen führen zum Ziel. So Scarificationen mit einem kleinen spitzen Messerchen, mit dem eine Menge kleinster Schnitte schnell hinter einander und dicht neben einander gemacht werden oder mit dem Scarificationsinstrument (grosse

Menge vergoldeter Nadeln) von Lassar, der es mit einem Elektromotor bewegt, was aber auch mit der Hand ganz gut geht. Das Gleiche bewirkt sehr prompt die Elektrolyse, wenn man den negativen Pol einer schwachen Batterie — 2 M. A. genügen — in Gestalt einer feinen Nadel entlang dem Gefässe einsticht und einen Strom 30—60 Sekunden einwirken lässt. Bei starken Knollen etc. muss man zum Messer greifen.

(Der ärztl. Praktiker 1897 No. 23.)

**Aneurysmen.** Einen Pat. mit *Aneurysma Aortae thoracicae traumatischen Ursprungs* stellte Dr. Jaffé vor. Der 57jährige Arbeiter, früher stets gesund, fiel am 29. Mai d. J. in einen Schutenraum und wurde alsbald nach Hause transportirt. Autor sah ihn noch am selben Abend, constatirte an dem stark collabirten Mann ausser Hautabschürfungen eine Absprennung der Spina ilei sup. ant. dextr. und sandte Pat. sofort ins Krankenhaus. Hier will Pat. bereits bald nach seiner Aufnahme heiser geworden sein. Während seines Aufenthalts im Krankenhaus soll Pat. im Juni zuerst eine fieberhafte Angina, dann etwa 8 Tage später einen collapsartigen Anfall mit Dyspnoë und frequentem, aussetzendem Puls gehabt haben, ohne dass an den Brustorganen ausser etwas Emphysem Besonderes nachzuweisen war. Am 29. Juli wurde Pat. entlassen, Anfangs September sah ihn Autor wieder. Die Untersuchung des über Heiserkeit, Schmerzen beim Schlucken hinter dem Sternum und Athemnoth klagenden Kranken ergab einen kleinen gespannten Puls von 84, der in der Minute 1 bis 2 Mal aussetzte und rechts und links gleich war. Die Brustorgane boten völlig normale Verhältnisse dar, speciell am Herzen liess sich weder percutorisch, noch auscultatorisch das Geringste nachweisen. Der Kehlkopf erschien diffus geröthet, das linke Stimmband war gelähmt und blieb bei Respiration und Phonation unbeweglich, also linksseitige Recurrenslähmung. Am 6. November Röntgenaufnahme des Thorax von hinten, wobei sich deutlich im Bereich der aufsteigenden Aorta ein breiter pulsirender Schatten erkennen liess; auch auf der photographischen Platte kann man die Verbreiterung des Aortaschattens noch deutlich feststellen. Der heutige Zustand ist im Wesentlichen derselbe



geblieben, wie im September. Die Hauptklagen beziehen sich auf Heiserkeit und Schluckbeschwerden hinter dem Brustbein. Athemnoth besteht nur nach längerem Gehen in geringem Grade; die Stimme klingt rau und heiser, aber nicht völlig aphonisch, bisweilen tritt kurzer, trockener Husten auf; der Puls, 70—78, ist jetzt weich, beiderseits gleich, sehr häufig aussetzend; die Arterien sind mittelweich, Anzeichen von Arteriosklerose bestehen nicht; die Herzdämpfung ist nicht vergrössert, Spitzenstoss im 5. l. I.-R., in der Mammillarlinie, Herztöne leise, aber rein, 2. Pulmonalton nicht verstärkt; über dem oberen Drittel des Brustbeins lässt sich jetzt ein etwa markstückgrosser Bezirk auffinden mit gedämpfterem Schall, aber ohne abnormen Auskultationsbefund. — Der Fall bietet ein eminent praktisches Interesse, da es sich um einen Betriebsunfall handelt und der Pat. voraussichtlich zeitlebens völlig arbeitsunfähig bleiben wird. Ob ein kleines, bis dahin symptomloses Aneurysma schon vorher bestanden, lässt sich nicht feststellen, Thatsache ist, dass die ersten Zeichen der Affection bald nach dem Unfall eintraten, sodass ein Zusammenhang mit dem Trauma klar ist. Ausserdem zeigt der Fall aber die Bedeutung der Röntgenbilder für die innere Medicin, da Anfangs die Diagnose nur ihnen zu verdanken war.

(Aerztl. Verein in Hamburg, 30. November 1897. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 49.)

- Eine Patientin mit einem besonders durch seine Entstehungsweise interessanten **Aneurysma der rechten Femoralis** stellte Nasse vor. Die 24jährige Pat. machte im 10. Lebensjahre einen Gelenkrheumatismus durch, der sich im 20. Jahre wiederholte. Dann machte sie am 2./IX. v. J. eine Entbindung durch; während des Wochenbettes trat der Gelenkrheumatismus sehr wesentlich verstärkt wieder auf. Sie soll damals auch Schmerzen im rechten Oberschenkel und Drüsenschwellungen gehabt haben, die aber dann auf Einreibungen zurückgingen. Dann wurde die Pat. zwar nicht ganz gesund, aber sie konnte aufstehen und umhergehen, die Schmerzen waren verschwunden. Im December 1896 trat dann wieder Gelenkrheumatismus auf, Schmerzen in der

Musculatur, vielen Gelenken und zugleich in der rechten Inguinalgegend. An letzterer Stelle bemerkte Pat. bald eine Geschwulst, welche auf Druck schmerzhaft war; ihretwegen kam sie in die Klinik. Es stellte sich heraus, dass der, auch bei Betastung äusserst schmerzhaft Tumor ein Aneurysma ist. Die häufigsten Ursachen eines solchen, Trauma und Syphilis, sind hier auszuschliessen. Welches ist aber die Aetiologie? Man konnte an eine frühzeitige Arteriosklerose denken; aber von so etwas ist nichts zu finden. Man könnte ferner vermuthen, dass eine Erkrankung der Arterienwand in Folge der Lymphdrüsenkrankungen eingetreten sei; aber die letzteren sind doch zu unerheblich und wohl eher als Folgezustände, denn als Ursache des Aneurysmas aufzufassen. Autor nimmt ein mykotisches Aneurysma an. Die Pat. hat eine schwere Endocarditis und dauernd hohe Temperatur, daneben ein schnell entstandenes, sehr schmerzhaftes Aneurysma. Letzteres scheint sich schnell zu verändern, denn als Pat. vor 8 Tagen kam, war es annähernd spindelförmig, jetzt ist es vorgebuchtet und hat sich auch vergrössert. Mykotische A. sind ja vielfach beobachtet worden, z. B. nach schweren Infektionskrankheiten, auch ohne nachweisbare Endocarditis. Die meisten mykotischen A. sind allerdings embolischer Natur und kommen bei Endocarditis vor, und zwar hauptsächlich da findet man sie, wo Arterien sich theilen. Das würde hier auch stimmen; das Aneurysma liegt unterhalb des Poupart'schen Bandes an der Theilungsstelle der Arter. femoralis. Gerade hier sind schon mehrfach solche A. beobachtet worden. Nun stimmen hier ja nicht alle Symptome mit dieser Entstehung überein; es sind nicht mehrere A. und mehrere Embolien wie sonst vorhanden (sie könnten ja aber noch kommen!), auch Störungen der Circulation nicht nachweisbar, was aber auch nicht durchaus die Diagnose umstossen könnte, die dem Autor schon in dem Zusammenhang mit der Endocarditis, mit dem hohen Fieber und der grossen Schmerzhaftigkeit genügend begründet zu sein scheint.

(Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins, 8. März 1897. —  
Vereinsbeilage der Deutschen medic. Wochenschrift 1898 No. 3.)

— Eine Frau mit Aneurysmen der Basilararterien des Gehirns demonstrierte Dr. v. Sölder. Eine 40jährige Frau,

hereditär nicht belastet, früher gesund, begann 1891 oder 1892 zu kränkeln. Damals unbestimmtes Unwohlsein durch einige Wochen, dann „über Nacht“ Auftreten von linksseitiger Gesichtslähmung, näseler Sprache und Schlinglähmung; die beiden letzten Erscheinungen schwanden nach einigen Tagen, die Gesichtslähmung dauerte viele Wochen an. Gleichzeitig begann damals eine subjektive Wahrnehmung von Rauschen auf dem linken Ohre, die nie mehr schwand; die Hörschärfe nahm links allmählig ab. Sehstörungen traten zuerst 1895 in Form von anfallsweisen flüchtigen Verdunkelungen des ganzen Gesichtsfeldes auf; seit Anfang 1896 Abnahme der Sehschärfe rechts, seit Frühjahr 1897 auch links; Pat. bemerkte, dass sie links nach aussen von der Fixationsrichtung besser sah, als in der Fixationsrichtung selbst; insbesondere, dass sie nach aussen hin Farben wahrnahm, die sofort verschwanden, wenn sie nach dem farbigen Gegenstande blickte. Viel Stirnkopfschmerzen, oft links stärker wie rechts, in letzter Zeit geschwunden. Status praesens: Linke Gesichtshälfte merklich weniger gut innerviert, wie die rechte; linke Lidspalte eine Spur weiter, wie die rechte. Die Zunge weicht beim Vorstrecken etwas nach rechts ab. Beweglichkeit der Bulbi und Pupillen ohne Störung. Sehschärfe des linken Auges in der nasalen Gesichtsfeldhälfte und in der Fixationsrichtung bis auf Wahrnehmung von Handbewegungen in unmittelbarer Nähe herabgesetzt, in der temporalen Gesichtsfeldhälfte werden Finger auf 2 m gezählt. Am rechten Auge besteht nasal nur mehr quantitative Lichtempfindung, temporal Wahrnehmung von Handbewegungen. Beiderseits starke Lichtscheu. Ophthalmoskopisch: Stauungspapille in Uebergang zur Atrophie (die Stauungspapille und die Herabsetzung der Sehschärfe mit viel stärkerem Betroffensein der nasalen Gesichtsfeldhälften wurden schon vor 1 Jahre nachgewiesen). Gehörbefund: Rechts am unteren Segment des Trommelfells eine Narbe, Hörweite 80/200. Links: Trommelfell annähernd normal, Uhr und Flüstersprache ad concham, Weber unbestimmt, Rinne beiderseits positiv, links mit hochgradig verkürzter Kopfknochenleitung. Hohe und tiefe Töne fehlen links. Pat. hört beständig ein Rauschen im linken Ohr, wenn es stark wird, im

ganzen Kopfe. Beim Gehen schwankt Pat. öfters nach der Seite. Die Auscultation am Kopfe ergibt ein musikalisches Geräusch, das rhythmisch, und zwar synchron mit dem Pulse, anschwillt. Oft ist es nur an umschriebener Stelle der Hinterhauptsschuppe, rechts von der Mittellinie zu hören, andere Male am ganzen Schädel und an den Jochbeinen, am stärksten aber immer an der genannten Stelle, sodann an den Warzenfortsätzen; zur Zeit der stärksten Intensität ist es an der Hinterhauptsschuppe noch in einer Entfernung von 2—3 cm zu hören. Expirationsdruck verstärkt das Geräusch, Compression der Carotiden schwächt es ab bis zum Verschwinden. Andere Symptome fehlen, doch hält Autor die Diagnose für gesichert. Diagnostisch kommen neben dem Tumorsymptomen und dem Geräusch noch in Betracht: der langsame Verlauf, die relative Mildheit der Allgemeinsymptome und die Vertheilung der Herdsymptome, die auf mehrfache Angriffspunkte des Processes verweist; dadurch erscheint es ausgeschlossen, dass etwa ein Neoplasma zu Grunde liegt, das durch Compression eines grossen Gefässes oder durch starken Gefässreichtum das Geräusch verursacht. Eine aneurysmatische Erweiterung und seitliche Abweichung der Arter. basilaris, resp. Vertebralis sin. würde die Läsion des Facialis und Acusticus erklären; ausserdem ist anzunehmen, dass beiderseits in den seitlichen Chiasmawinkeln ein Aneurysma der Carotis andrängt und die — allerdings nicht reine — binasale Hemianopsie erzeugt. Diese Stellen sind als besondere Lieblingssitze des Aneurysma bekannt, und auch das multiple Auftreten ist schon öfters beobachtet. Die Momente, die als belangreich für die Aetiologie des endocraniellen Aneurysma gelten, nämlich Trauma, Lues, Endocarditis, Atheromatose, sind hier nicht nachweisbar. Auffallend ist, dass das subjective Geräusch fast ausschliesslich in das (nervös geschädigte) linke Ohr verlegt wird, und dass zwischen der von der Kranken gegebenen Schilderung und dem auscultatorisch festgestellten Geräusch gar keine Uebereinstimmung besteht; man darf daraus wohl schliessen, dass die subjective Gehörswahrnehmung auf Compression der linken N. acusticus zurückzuführen ist und dass das Geräusch des Aneurysmas von der Kranken selbst

gar nicht gehört wird, — eine schwer verständliche, aber wiederholt beobachtete Thatsache.

(Verein für Psychiatrie u. Neurologie in Wien, 11. Januar 1896. — Wiener klin. Wochenschrift 1896 No. 6.)

- Ein laut hörbares rhythmisches Geräusch am linken Ohre führte ein 8jähriges Mädchen zu Dr. Hopmann. Das Geräusch erschien im Verlaufe eines heftigen Keuchhustens, nachdem derselbe schon fast  $\frac{1}{4}$  Jahr bestanden hatte, und es ist jetzt nach Monaten noch ebenso vorhanden. Bei vollkommener Stille kann es Nachts in grosser Entfernung vom Kinde, Tagsüber bis 10 cm Weite vom Ohr vernommen werden und gleicht dem puffenden Geräusch, welches der stossweise einem Dampfrohr entweichende Dampf verursacht. Im Stethoskop ist es immer laut hörbar als ein mit der Herzsystole synchrones Blasen, welches auf dem anderen Ohr, an den grossen Gefässen und am Herzen fehlt. Seine Unterdrückung durch Compression der linken Carotis gelang bisher nicht; das einzige, dasselbe abschwächende Mittel ist feste Tamponade des Gehörgangs. Dieser Art von Geräuschen, als deren Ursache man A. der grossen Gefässe, resp. des Auricularis poster. theils nachgewiesen, theils unterstellt hat — auch in dem vorgestellten Fall lässt sich die Erweiterung eines arteriellen Gefässes nur annehmen, nicht nachweisen, — steht eine 2. Art von objectiv wahrnehmbaren Ohrgeräuschen gegenüber, von mehr unregelmässigem, knarrendem, kniepsendem Charakter, welche dem Willen bis zu einem gewissen Grade unterworfen sind, im Schlafe aufhören und auf einem klonischen Muskelkrampf beruhen, sei es des Tensor veli palatini, sei es der die Tubenmündung öffnenden und schliessenden Musculatur; auch sie kommen durch heftige Erschütterungen des Kopfes (Fall, Stoss) zu Stande.

(Vereinigung westdeutscher Hals- u. Ohrenärzte, 7. Nov. 1897. — Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 3.)

**Diphtherie.** Dr. Ströll (München) hat seine **Myrrhentinctur-Behandlung** nunmehr bei 80 Fällen von D. (darunter 5 Kehlkopf-D.) erprobt und nur 1 Todesfall (Kehlkopf-D., Exitus nach 36 Stunden) erlebt, gewiss ein sehr bemerkenswerthes Resultat! Autor verschreibt:

Rp.

*Tst. Myrrh. 4,0*  
*Glycerin. 8,0*  
*Aq. dest. ad 200,0.*

Davon lässt er Tag und Nacht eingeben, und zwar 1stündl. bei Tage (in schweren Fällen  $\frac{1}{2}$ stündl.), 2stündl. bei Nacht (in schweren Fällen 1stündl.). Kindern in den ersten 2 Jahren 1 Kaffeelöffel (5 gr), von 2—15 Jahren 1 Kinderlöffel (10 gr), später 1 Esslöffel, bis sichtbare Besserung eingetreten ist (dann seltenere Gaben, aber noch mehrere Tage weiter). Einer localen Behandlung bedarf es nicht, doch geht der Process rascher in Heilung über, wenn man in den ersten 48 Stunden Eisstückchen schlucken, tagsüber  $\frac{1}{2}$ —1stündl. mit einer  $\frac{1}{2}\%$ igen Resorcinlösung gurgeln, bei Kehlkopf-D. auch 1stündl. von obiger Lösung inhaliren lässt. Mit dieser Behandlung, die wohl durch eine Vermehrung der Leukocyten in Folge der Myrrhen wirkt, glaubt Autor jede D., so lange sie noch nicht auf den Kehlkopf übergegriffen hat, heilen zu können. Wenn Andere, die gleichfalls diese Methode angewandt haben\*), diesen Satz auch nicht in dieser Form unterschrieben, so haben sie doch alle recht günstige Resultate erzielt und sind warme Anhänger derselben geworden.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1897 No. 94.)

— In letzter Zeit sind wieder, besonders aus Kliniken, **Erfahrungen über die Wirksamkeit des Behring'schen Serums** publicirt worden, so z. B. von Stabsarzt Dr. Bötticher (Giessen, chirurg. Universitätsklinik, welcher aus seinem Material folgende Schlusssätze ableitet:

1. Der Procentsatz der Gesamtmortalität der Diphtherie hat unter der Serumbehandlung eine Herabsetzung um etwa 36% erfahren. Insbesondere ist die Sterblichkeit bei den tracheotomirten Kranken insgesamt von 58,2% auf 16,1%, bei den tracheotomirten im 1. und 2. Lebensjahr stehenden Kindern von 75,6% auf 24,3% herabgedrückt worden.

\*) Darunter auch der Redacteur dieser Blätter, der allerdings jetzt in schwereren Fällen diese Therapie mit der Serumbehandlung combinirt.

2. Bei den eingelieferten Kranken wurde die Tracheotomie im Vergleich zu früher in  $\frac{1}{3}$  der Fälle vermeidbar.
3. Bereits bestehende Larynxstenose ging unter der Serumwirkung in 17% der Fälle wieder zurück.
4. Das Serum verhütete in allen Fällen eine diphtheritische Infection der Tracheotomiewunde.
5. Je früher die Serumtherapie einsetzt, um so günstiger die Prognose.
6. Eine Verzettlung der Injectionsmenge, welche selbst im allerersten Stadium der Erkrankung mindestens 1000, besser aber 1500 I.-E. umfassen muss, stellt die Wirksamkeit der ganzen Serumtherapie in Frage.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1898 No. 2/3.)

**Gangrän.** Zur Kenntniss der *Gangraena cutis* ein interessanter Beitrag ist eine Beobachtung von Dr. E. Riecke (Leipzig, Dermatolog. Universitätsklinik). Es handelt sich um eine 22jährige Schneiderin. Keine hereditäre Belastung, insbesondere nicht nervöse. Pat. erkrankte vor 1 Jahr an Rippen- und Lungenentzündung, in deren Verlauf leichte Krämpfe vorübergehend aufgetreten sein sollen. Die jetzige Erkrankung begann im December 1896 damit, dass Pat. Anfangs dieses Monats sich mit einer Scheere in den linken Daumenballen stach. Es bildete sich ein kleines, kraterförmiges, torpides Geschwür, das sehr langsam heilte. Nachdem sich dies geschlossen, entstanden zunächst in unmittelbarer Nähe der kleinen Narbe und immer weiter oben auftretend eigenthümliche Flecke, die einen ganz typischen Verlauf zeigten. Es bildete sich zunächst ein kleines seröses Bläschen und in der Zeit von 1—2 Stunden ein gelbgefärbter Hof von Pfennig- bis Thalergrösse. Stärkere Entzündungserscheinungen fehlten zunächst bis auf sehr intensive Schmerzen und Drüsenanschwellung. Die verfärbte Hautparthie ward dann trocken, lederartig, nekrotisch und stiess sich langsam in ihrer ganzen Dicke ab. Mitunter schritt der Process von einer derartigen Stelle unmittelbar weiter fort und man sah deutlich ein „gelb injicirtes Lymphgefässe“ den Uebergang herstellen. Während in den ersten Monaten der Erkrankung stets die Haut in ihrer ganzen Dicke sich abstiess, war später mitunter die Nekrose eine

mehr oberflächliche. 2 Mal war der Arm völlig heil, aber nach einem heftigen Stoss, den Pat. 2 Mal gegen den Arm erhielt, begann das Leiden von Neuem und verlief in derselben typischen Weise. In letzter Zeit waren die Flecken seltener und weniger intensiv, die Nekrose weniger tief. Die Therapie blieb aber ziemlich machtlos\*). — Status praesens bei der Aufnahme: Mässig gut genährtes, etwas blasses Mädchen mit phlegmatischem Gesichtsausdruck. Beim Athmen bleibt die rechte obere Thoraxparthie etwas zurück; Percussionsschall oben rechts verkürzt, hier auch abgeschwächtes vesiculäres Athmen; rechts hinten unten geringes pleuritische Schaben. Herz normal, ebenso Abdominalorgane, Harn u. s. w. Ausser einigen Lymphdrüsen in der Nuchal- und Axillargegend, die als harte Knoten fühlbar sind, keine Drüsenschwellung. Keine Störungen der motorischen oder sensiblen Functionen, an den Sinnesorganen. Abgesehen von einigen Pigmentflecken und wenigen kaum sichtbaren kleinen Narben an der rechten Hand zeigt die Haut nur im Bereich der linken oberen Extremität pathologische Veränderungen. Die Affection erstreckt sich daselbst von der Grenze des mittleren und unteren Drittels des Oberarms bis zum 1. Phalangealgelenk des Zeigefingers. Und zwar ist am Oberarm die Begrenzung gegen die gesunde Haut scharf in einer horizontalen, nahezu geraden Linie gegeben. Befallen ist sowohl die Streck- wie Beugeseite, wenn auch die Krankheitsherde wenig zahlreich durch grosse Inseln und Züge normaler Haut daselbst von einander geschieden sind. Der Vorderarm zeigt die Veränderungen in grösster Ausdehnung, dicht gesäet, nur schmale Streifen normalen Gewebes trennen die einzelnen erkrankten Stellen von einander. Auch auf dem Dorsum manus ist der Process sehr ausgebreitet, während die Vola manus unversehrt ist, desgleichen die Finger mit Ausnahme des Zeigefingers, welcher, zwar nur relativ wenig in Mitleidenschaft gezogen, dorsal und radial erkrankte Hautparthien aufweist. Die Affection setzt sich aus ursprünglich dispersen Gewebsveränderungen zusammen, die sich in den verschiedensten Stadien der Entwicklung befinden. Am Handrücken radialwärts findet man die jüngsten in Gestalt einer Anzahl Bläschen, hanfkorn- bis erbsengross und

\*) Soweit der Bericht des früher behandelnden Arztes.



darüber; dieselben setzen sich scharf gegen die Umgebung ab, sind halbkugelig vorgewölbt, rundlich oder oval, prall gefüllt, durchsichtig, der Inhalt ausgesprochen gelb. Ihre Umgebung entbehrt lebhafter Entzündungserscheinungen, alle zeigen ein und denselben Typus. Einzelne stehen unregelmässig zerstreut, die meisten gruppirt, im Centrum der von ihnen kranzartig umrahmten Parthie findet sich eine lederartige Umwandlung der Haut. Ferner sieht man ähnlich veränderte, meist kreisförmig begrenzte Cutisparthieen ohne Bläschenbildung; sie fallen durch ihre Trockenheit, Härte und gelbliche Färbung auf. Die Sensibilität derselben ist völlig erloschen, ihre Oberfläche zeigt keine Epidermis mehr; mit der Unterlage innig verbunden, sind sie auf ihr nicht verschieblich. Andere derartig nekrotische Scheiben sind an den Rändern, unter denen dann etwas Eiter zum Vorschein kommt, in Abhebung begriffen; solche Plaques sind häufig von einem leicht entzündlich rothen Saum umgeben. An manchen Stellen finden sich scheibenförmige Defecte der Cutis, die mit Granulationen bedeckt sind und hie und da noch eitrig secerniren; daneben sind bereits vom Rande her sich überhäutende Wundflächen vorhanden. Diese bilden den Uebergang zur Entstehung der zahlreich vorhandenen, theils noch rothen, theils bereits abgeblassten Narben, von denen nur einzelne hypertrophisch sind, die Mehrzahl in oder unter dem Niveau der normalen Haut liegt; sie sind leicht verschieblich und weich, in der Regel von rundlicher Configuration und disseminirt, doch sind zwischen manchen der rundlichen Narben querziehende Stränge zu constatiren. Die Grösse der einzelnen Herde schwankt von der einer Erbse bis zu der eines Thalers. Wie weit die Nekrose der Haut in die Tiefe reicht, lässt sich nur an den schon in Abstossung begriffenen Schorfen beurtheilen: neben sehr oberflächlichen sieht man auch solche, die bis in das subcutane Gewebe sich erstrecken. Alle die Stadien der Gewebsveränderungen stehen regellos neben einander, und man erhält den Eindruck, dass der Process an einigen Stellen sich mehrmals abgespielt habe. Hierauf deuten runde nekrotische Plaques, welche theils auf früher gesunder Haut sitzen, theils offenbar schon narbig verändert gewesene Stellen occupiren. An der zwischenliegenden gesunden Haut zeigen sich keinerlei

Veränderungen, weder Anomalien der Blutcirculation, noch der Pigmentation; Consistenz und Oberflächenbeschaffenheit entsprechen der Norm, die Sensibilität ist ungestört. Was den weiteren Verlauf betrifft, so erfolgten später keine weiteren Eruptionen mehr; unter palliativer Therapie benarbten sich nach Abstossung der Schorfe bald alle Stellen, und jetzt sind mehrere Monate vergangen, ohne dass ein Recidiv erfolgt ist. — Um festzustellen, welcher Kategorie von G. die vorliegende angehöre, wurde Pat. auf alle ätiologischen Momente hin untersucht. Hysterisch war sie nicht; sie war ruhig, lebte auch in bescheidenen Verhältnissen und unterstützte durch ihren Erwerb ihre Familie. Auch andere nervöse Leiden centralen oder peripheren Ursprungs, ein constitutionelles Leiden, Infektionskrankheiten, Intoxikationen waren auszuschliessen, desgleichen Störungen im Blutkreislauf, endlich auch directe G. hervorrufende Momente. Bei der Localinspection erregten die strangartig narbigen Verbindungsbrücken zwischen den rundlichen Narben die Aufmerksamkeit. Es fiel besonders ein von einer frischen nekrotischen Stelle, die noch von Bläschen umgeben war, abgehender gelblicher Streifen auf. Derselbe zeigte überall gleiche Breite und erstreckte sich von der nekrotischen Stelle am Radialrand des Handrückens ungefähr 2 cm weit gegen die Vola manus zu in der Breite von 4 mm. Hielt man die Hand in horizontaler Lage, so entsprach der Streifen ungefähr dem Wege, den ein ab rinnender Tropfen nehmen musste. Die intensiv gelbe Farbe der Bläschen und Schorfe, sowie jener Streifen erweckten den Verdacht auf absichtliche Verätzung mit Salpetersäure. Der Inhalt eines geöffneten Bläschens ergab auch in der That das Vorhandensein von Salpetersäure! Und nun erfuhr man, dass Pat. vor einigen Jahren mit einer ätzenden Säure sich Warzen an den Händen vertrieb (Narben an der rechten Hand!); Pat. selbst leugnete, je eine solche Flüssigkeit benutzt zu haben. Die Motive des jetzigen Handelns bei dem nicht hysterischen Mädchen, das sich von ihrer Hände Arbeit ernähren musste, waren nicht klar; vielleicht lag eine „Cassenkrankheit“ vor.

**Gonorrhö.** Eine einfache Methode, Urethritis posterior zu diagnosticiren, ist dem Praktiker dringend nöthig, der nicht über Zeit, Instrumente etc. verfügt, um genaue localdiagnostische Prüfungen vorzunehmen, aber doch vor Allem wissen muss, ob der hintere Theil der Harnröhre von dem Entzündungsprocess ergriffen ist, was für ihn von grosser Wichtigkeit ist, da dann die übliche Injections-therapie gewöhnlich versagt. Seit einer Reihe von Jahren benützt nun Stabsarzt Dr. Sehrwald (Freiburg i. B.) folgende einfache Methode mit bestem Resultat: Zuerst wird der vordere Theil der Harnröhre durch mehrfache Einspritzungen mit einer  $\frac{1}{2}$ —1%igen Borsäurelösung gut ausgespült, bis die eingespritzte Lösung klar und frei von Fäden abfließt. Nun wird in der gewöhnlichen Weise mit der Tripperspritze eine Injection einer Pyocyanin-Lösung von  $\frac{1}{4}$ % gemacht und die Farblösung 5 Minuten in der Harnröhre belassen. Nach dem Wiederabfließen der Lösung wird die Harnröhre wieder so lange mit Borlösung ausgespritzt, bis diese farblos bleibt. Jetzt lässt der Pat. Urin. Enthält letzterer nur blau gefärbte Fäden, so beweist das, dass nur solche Theile der Harnröhre noch eine krankhafte Secretion zeigen, die von den gewöhnlichen Ausspritzungen erreicht werden. Sind hingegen auch noch ungefärbte Fäden beigemischt, so geht daraus hervor, dass die Erkrankung auch noch auf Theile sich erstreckt, die den üblichen Einspritzungen nicht mehr zugänglich sind. Gerade über die Hauptfrage, ob die Behandlung mit blossen Einspritzungen ausreichend ist, giebt also die Methode sicheren Aufschluss. Sind keine Fäden im Urin vorhanden, so genügt auch die mikroskopische Untersuchung der im Urin ausgeschiedenen Eiterkörperchen, da sie natürlich die gleichen Unterschiede der Färbung aufweisen. Hat man die Harnröhre nach der Farbeinspritzung gut ausgespült, so kann man auch den Urin ruhig einige Stunden sich absetzen lassen und dann den Bodensatz mikroskopiren. Die Farbunterschiede sind auch dann noch völlig markant. Lässt man allerdings den Urin zu lange stehen, so löst er die Farbe der blauen Fäden und Zellen zum Theil wieder auf, färbt damit die ungefärbt gebliebenen und verwischt so die Unterschiede. Die Fälle sind aber überhaupt selten, in denen man nicht auf den

ersten Blick schon durch die Fäden Klarheit bekommt und erst noch mikroskopiren muss.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1898 No. 2.)

— Dr. J. Lenz (Prag, k. k. böhmische Klinik für Hautkrankheiten u. Syph.) berichtet über die Behandlung der gonorrhöischen Epididymitis mit Guajacol, wie sie sich bei über 50 Fällen bewährt hat. Nachdem die Genitalgegend mit Seife [gereinigt (Rasiren nicht nöthig!)], event. Schweiss mit Aether beseitigt ist, wird eine starke Wattelage, mit 10%iger Guajacol-Vaselinsalbe bestrichen, auf die Haut der erkrankten Scrotumhälfte oder längs des Samenstranges applicirt, wenn hier Schmerzen vorhanden sind; darüber ein Stück Billrothbattist. Das ist der beste Modus. Denn mit der Watteschicht wird auf der Haut eine beständige feuchte Wärme erhalten, die eine analgetische und resorbirende Wirkung ausübt, das Guajacol verdunstet leichter und dringt besser in die Haut ein. Der Watteverband wirkt ausserdem mechanisch wie ein Suspensorium und immobilisirt den Hodensack in erhöhter Lage; der Verband wird durch ein unterlegtes Handtuch, welches entweder zusammengelegt oder über den Trochanteren zusammengebunden ist oder durch ein Brettchen, mit Ausschnitt versehen, in seiner Lage fixirt. Womöglich Bettruhe. Application 2 Mal pro die, Morgens und Abends, so lange Fieber, Schmerzen, Schwellung vorherrschen. Daneben 3 Mal täglich 1 gr Salol intern. Sobald Fieber und Schwellung verschwinden, die Schmerzen entweder ganz weg sind oder wenn das zurückgebliebene verkleinerte Nebenhodeninfiltrat nur noch bei Druck mässig empfindlich ist, in diesem Stadium verlässt man am besten die Guajacol-Behandlung, der Pat. wird dann ambulatorisch mit Suspensorium und Zeissl's Salbe behandelt:

Rp.

*Extr. Bellad.* 0,5—1,0

*Ung. Diachyl.*

*Ung. simpl.* aa 25,0.

M. f. ung.

Die Guajacoltherapie wurde meist ohne unangenehme Nebenerscheinungen vertragen, nur 3 Mal konnte wegen starken Brennens nur 5%ige Salbe benützt werden. Sonst

wurde nur nach der ersten Application über 3—5 Minuten anhaltendes Brennen geklagt, während bei den weiteren Applicationen keine unangenehmen Gefühle mehr entstanden. Die Behandlung wurde im Durchschnitt  $3\frac{1}{2}$  Tage durchgeführt (= 7 Applicationen). Je acuter und frischer die Affection war, desto prompter die Wirkung; im subchronischen Stadium schien es nicht gehörig zu wirken. Sonst aber wirkte das Mittel auf zweierlei Art günstig: local und allgemein. Die schmerzstillende Wirkung manifestirte sich bei allen Fällen, ebenso ging die Anschwellung und Spannung des Scrotums schnell zurück, und nach einigen Tagen blieb nur eine geringe harte Schwellung übrig. Ein Sinken des Fiebers bewirkte das Guajacol gleichfalls, besonders in den ersten Tagen, allerdings nur ein vorübergehendes. Eine häufige Complication der gonorrhoeischen Epididymitis ist die Deferentitis oder Funiculitis; sie wurde hier 9 Mal beobachtet. Die Schmerzen nahmen sehr schnell ab, nachdem die Haut in der Leiste vom Hodensack bis zur äusseren Oeffnung des Leistencanals mit einem Guajacolverbande bedeckt worden war. Bei subcutaner schmerzhafter Samenstrangschwellung bewährte sich auch folgende Quecksilbersalbe:

Rp.

*Ung. Hydrarg. lanol.*  
*Lanolin. pur. aa 15,0*  
*Extr. Opii aquos. 1,0.*  
 M. f. ung.

Vor Recidiven schützt das Guajacol natürlich nicht. Ein Student machte im Verlauf von 4 Monaten 3 Mal Epididymitis durch; im März, wo er mit Guajacol 3 Tage, mit Zeissl's Salbe 13 Tage, im April, wo er 2 resp. 12, und im Juni, wo er 9 resp. 7 Tage behandelt wurde.

(Wiener klin. Rundschau 1896 No. 4—6.)

- Die **Janet'schen Spülungen** hat Dr. P. Cohn (Berlin) Jahre lang ausgeübt und giebt darüber folgende bemerkenswerthe Winke: Die Methode eignet sich besonders für das erste Stadium der G., das Stadium, in welchem der Ausfluss noch spärlich, mehr schleimig ist, die Harnröhrenschleimhaut noch keine erheblichen Entzündungserschein-

ungen aufweist, noch keine erheblichen Schmerzen bei der Miction vorhanden sind, jedoch Gonokokken mit Sicherheit nachgewiesen werden können. Es sind dies im Allgemeinen die ersten 2—4 Tage post coitum. Hier sind die Spülungen eine directe Abortivmethode. Autor sah mehrere Fälle, in denen nach 2 Spülungen die Gonokokken verschwunden waren und blieben; jedoch spülte er stets noch etwa 3 Mal aus. Kommen die Pat., wie es meist der Fall ist, erst im floriden Stadium zur Behandlung, so kann man die Spülungen noch erfolgreich durchführen, wenn die Entzündungserscheinungen nicht sehr erheblich, die Miction nicht oder wenig schmerzhaft sind. Contraindicirt sind sie dagegen, wenn die Urethralschleimhaut stark geschwollen ist, die Lippen des Orificium externum ektropionirt sind, die Miction unter Brennen und Schmerzen vor sich geht. Setzt man auf diesen natürlichen Reizzustand noch einen künstlichen, so kann die Schwellung so stark werden, dass eine spontane Miction nicht mehr möglich ist. Diese Behandlung darf also erst eingeleitet werden, wenn jener Reizzustand geschwunden ist. Für die chronische G. kommt die Methode nur soweit in Betracht, als es sich um die Eliminirung noch vorhandener Gonokokken handelt, ein Resultat, das — bei gleichzeitiger Prostatitis chronica muss man vor jeder Spülung die Prostata massiren — nicht schwer zu erreichen ist. Die Temperatur der Flüssigkeit nahm Autor immer lauwarm, die Concentration allmählig von 1:4000 steigend auf 1:1000. Gespült wurde 1 Mal täglich, in den ersten Tagen auch 2 Mal täglich, nach dem letztmaligen Auffinden von Gonokokken noch 3 Mal, und zwar stets die ganze Harnröhre, auch wenn Urethritis poster. nicht vorlag. Lagen Complicationen vor (Cystitis, Prostatitis, Epididymitis etc.), so wurde erst gespült, als der acute Reizzustand vorüber war. Beachtet man alles das, so ist die Methode der Injectionsbehandlung unter Anwendung selbst der besten antigonorrhöischen Mittel überlegen, weil sie eine schnelle Eliminirung der Infectionskeime auch in den Fällen ermöglicht, in denen sie bereits in die Tiefe gedrungen sind, und sie sollte deshalb dort, wo es aus äusseren Gründen irgend zugänglich ist, ihre Anwendung finden.

(Dermatolog. Centralblatt 1898 No. 5.)

- Dr. Neuhaus (München) verzeichnete folgende Resultate bei Behandlung der G. mit Janet'schen Spülungen: 100% Heilungen in 7—8 Tagen bei den wenigen ganz frischen Fällen, 25% Heilungen in 12—16 Tagen bei den eigentlich acuten Formen, 55% Heilungen in 10—45 Tagen bei den subacuten Fällen, kein Erfolg bei den chronischen Fällen. Die Spülungen sind umständlich, sollen nie den Pat. überlassen werden. Sie sind passend bei 30—40 Stunden bestehender G., von zweifelhaftem Erfolge bei den bereits mit eitriger Secretion sich vorstellenden Pat., bieten bessere Aussichten bei subacuter Blennorrhöe, keine bei chronischer.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1898, Bd. XXVI, No. 3.)

- Ein begeisterter Anhänger der Janet'schen Methode ist Dr. Iwan Bloch (Berlin). Sie übertrifft, richtig ausgeführt, alle Injectionen. Die Janet'schen Vorschriften müssen aber modificirt werden. So braucht man nicht über 1 m Druck und über Concentrationen von 1:8000 bis 1:3000 hinauszugehen, um gute Erfolge ohne schädliche Nebenerscheinungen zu erhalten. — Was die sonstige Behandlung der G. anbetrifft, so empfiehlt Autor absolute Milchdiät als sehr wirksam. Zur Linderung der Schmerzen und Erectionen bewährt sich gut folgende Ordination:

Rp.

*Fol. Malv.* 100,0

*Rad. Alth.*

*Fruct. Cannab. indic.* aa 50,0.

S. 1 Esslöffel auf 3—4 Tassen Wasser  
zum Thee.

Sehr empfehlenswerth ist energisch durchgeführte Antiphlogose in Gestalt häufig gewechselter kalter Umschläge um das Glied oder täglicher Einreibungen von Unguent. ciner.; beides muss aber 1—2 Wochen durchgeföhrt werden, ist aber dann ein wesentliches Unterstützungsmittel für die Heilung. Bei Obstipation sofort Calomel. Intern wirkt auch Ol. Santali am besten, besonders bei chronischer G.; man muss es aber lange Zeit geben. — Von Protargol hat Autor wenig Erfreuliches gesehen. Er liess es bei 7 Fällen injiciren ( $\frac{1}{4}$ —1%), bei allen aber verschlimmerten

sich die Symptome (Ausfluss, Schmerzen, Erectionen), und bei 3 Pat. kam es zur Urethritis posterior.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1898, Bd. XXVI, No. 3.)

- Dr. A. Strauss (Barmen) dagegen lobt das **Protargol**, das er bei 30 Fällen benützte, ausserordentlich. Alle wurden vor Ablauf des acuten Stadiums geheilt, so dass Autor die Behauptung aufstellt, dass bei vorschriftsmässiger Anwendung des Mittels jeder Tripper im acuten Stadium abheilen muss. Man darf sich nur nicht scheuen, rasch zu höheren Lösungen überzugehen, muss mehrere Wochen injiciren und durch negativen Gonokokkenbefund sich nicht bestimmen lassen, zu früh aussetzen. Es wurden 3 Mal täglich prolongirte Injectionen gemacht; Morgens und Mittags blieb die Lösung 10—15 Minuten, Abends 20—30 Minuten in der Harnröhre. Im weiteren Verlaufe mache man nur noch Abends diese prolongirte Injection, am Tage aber Einspritzungen von adstringirenden Lösungen. Die Gonokokken verschwanden in durchschnittlich 20 Tagen. Ebenso reizlos wie die Injectionen sind Instillationen und Spülungen. Bei ersteren kann man bis 10% steigen; die Spülungen, die bei Urethritis poster. noch besser wirken, werden mit  $\frac{1}{2}$ —1%igen Lösungen gemacht, sind freilich recht theuer (1 gr 30 Pf.).

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1898, Bd. XXVI, No. 3.)

**Intoxicationen.** Einen Fall von **Kreosotvergiftung** bei einem  $1\frac{3}{4}$  Jahre alten Kinde beschreibt Dr. Fr. Bayer (Reichenberg). Der Knabe hatte in einem unbewachten Augenblicke aus einer Kreosot enthaltenden Medicinflasche getrunken und so etwa 4 gr Kreosot geschluckt. Autor fand das Kind 3 Stunden später bewusstlos vor, mit geschlossenen Augen, kühlen Extremitäten, kaum fühlbarem Pulse, sehr blass, röchelnd athmend, mit weisslich verfärbten Lippen. Nach weiteren 2 Stunden Exitus. Sectionsbefund: Mundschleimhaut weiss, wie nach Höllensteinapplication, auch Magenschleimhaut angeätzt, Lungen mit Blut überfüllt, in der einen beginnende tuberculöse Erkrankung, beiderseits Zeichen einer Pleuritis; im Herzen das Blut stärker coagulirt, in der Luft geht die dunkle Blutfarbe in ein helleres Roth über; Gehirn intact. Den letalen Ausgang glaubt Autor dem kränk-



lichen Zustände des kleinen Pat. in die Schuhe schieben zu müssen. Die Symptome der Kreosotvergiftung selbst ähneln sehr denen einer Carbolintoxication; ist doch Kreosot auch nur ein Gemenge von ätherartigen Derivaten der Carbolsäure, besonders Guajacol und Kreosol. Freilich kommt es noch sehr darauf an, ob man es mit Kreosot aus Buchenholztheer oder aus Steinkohlentheer zu thun hat; letzteres enthält viel Carbolsäure, ersteres wenig oder gar nicht. Je carbolsäurereicher aber das Kreosot, desto mehr werden sich die Intoxicationerscheinungen denen der Carbolintoxication nähern. Bei letzterer fehlen z. B. sehr selten Krämpfe, während im obigen Falle, wo es sich um Buchenholzkreosot handelte, Convulsionen gar nicht zu constatiren waren.

(Corresp. des Vereins deutscher Aerzte in Reichenberg, 15. Oct. 1897.)

- Einen leichten Fall von Ammoniakvergiftung schildert G. Werner: 45jährige Frau hatte einen kleinen Tassenkopf voll Salmiakgeist getrunken. Sofort Brennen im Munde und Schlunde, heftige Magenschmerzen. Pat. nahm einen Tassenkopf voll Milch und kohlensaures Natron, worauf sie heftig erbrach, und zwar angeblich stark blutig gefärbte Massen. Aufnahme ins Krankenhaus: Sensorium frei; Zunge stark weiss belegt, Zäpfchen und Gaumenbögen geröthet, zu beiden Seiten des ersteren weisse Parthieen; Stimme heiser, mässiger Hustenreiz mit Expectorations von Schleimmassen, Schmerzen in der Kehlkopfgegend, in der des Oesophagus und Magens; Puls beschleunigt (110) bei normaler Temperatur; Stuhl angehalten, Harn ziemlich eiweissreich. Tags darauf weiter Schlingbeschwerden, ebenso die Reizerscheinungen von Seiten des Respirationstractus, Urin noch eiweisshaltig, Stuhl weiter angehalten, Temp. normal. Am folgenden Tage functionirt der Verdauungstractus besser, 1 Mal Stuhl. Am 4. Tage kein Eiweiss im Harn mehr, Schlaf, Appetit besser, Stuhl regelmässig; in der Nacht noch 2 Mal Erbrechen. In den nächsten Tagen allmäliger Nachlass der Schlingbeschwerden unter Abstossung der Beläge im Rachen. Völlige Heilung ohne Stricturirung oder sonstige Residuen.

(Inaug.-Dissert. Berlin 1897. — Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1898 No. 3.)

- Eine acute Psychose als Theilerscheinung einer Salicylsäure-Intoxication beschreibt Dr. Saloschin (Wien, Klinik Nothnagel). Es handelte sich um eine 21 Jahre alte Wäscherin, deren Vater ein Potator strenuus war. Sie selbst soll stets scheu, verschlossen, erregbar, schreckhaft gewesen sein, sich von den Gespielinnen ferngehalten haben, rasch hitzig geworden sein. Das schwächliche und anämische Mädchen erkrankte nun an acutem Gelenkrheumatismus, weshalb sie *Natr. salicyl.* (2stündl. 1 gr) erhielt. Nach 18 gr, auf 36 Stunden vertheilt, entwickelte sich das Krankheitsbild, das, mit allgemeiner Erregung und Angstgefühlen einsetzend, sich im Laufe einiger Stunden zu einem Anfalle mit schreckhaften Wahnideen, Gesichts- und Gehörshallucinationen steigerte, welche Symptome nach kaum 18 Stunden vollständig verschwunden waren. Als Nebenerscheinungen hatten sich heftige Kopfschmerzen, Ohrensausen, Schwerhörigkeit, theilweise auch Benommenheit geltend gemacht. War die acute Psychose nun durch das Salicyl hervorgerufen oder durch die Polyarthrits rheumatica? Denn auch letztere giebt nicht selten Veranlassung zum Ausbruche einer acuten Psychose. Aber diese entwickelt sich dann stets auf der Höhe des Fiebers und verschwindet mit diesem. Hier aber trat die Psychose am 10. Krankheitstage auf, wo der schon an und für sich leichte Rheumatismus bereits im Abklingen und die Temperatur fast schon zur Norm zurückgekehrt war. Dies und die Nebenerscheinungen sprachen schon für Salicylintoxication, die hier, bei dem anämischen, vielleicht von väterlicher Seite belasteten Individuum allerdings nach einer mittelgrossen Dosis eintrat. Ueberblickt man die diesbezügliche Litteratur, so ergeben sich folgende Schlüsse: Gehirnerscheinungen und speciell die Psychose als Theilerscheinungen von Salicylsäure-Intoxication treten beim weiblichen Geschlechte häufiger auf, als beim männlichen; ebenso überwiegen die Erscheinungen bei alten, schwächlichen, marastischen Individuen. Wo es sich um jugendliche, kräftige Personen handelt, ist eine gewisse hereditäre Belastung oder eine durch vorausgegangenes Siechthum oder Trauma bewirkte Disposition gegeben. Die Krankheitsbilder sind äusserst wechselnd: In einem Falle sehen wir nur eine gewisse allgemeine Erregung,

Unruhe, Angstgefühl oder psychisches Wohlbefinden mit Lustgefühlen, allgemeiner Fröhlichkeit; in einem anderen Falle kommt es zu ausgesprochener Geistesstörung mit Delirien, Wahnvorstellungen, Gesichts- und Gehörshallucinationen, welche einen maniakalischen Anfall mit Irreden, Fluchtversuch auslösen können; das 3. Mal Bewusstseinsverlust, Sprachstörungen, Hemiparese, Coma, Krämpfe. Das Bild ähnelt oft sehr dem Delirium alcoholicum. Als Begleiterscheinungen sieht man profuse Schweisse, Ohrensausen, Kopfschmerzen, Schwerhörigkeit, Mydriasis, Strabismus, Schluckbeschwerden, in einem Falle starke Dyspnoë, in einem anderen Zeichen einer Nephritis. In allen Fällen ist der rasche Ablauf der Gehirnerscheinungen auffallend; gewöhnlich sind sie nach 8 bis 12 Stunden geschwunden, die längste Dauer war 3 Tage. Grosse Dosen sind natürlich vor Allem schuld, doch können auch nach mittleren, selbst kleinen Dosen die Symptome sich entwickeln.

(Wiener klin. Rundschau 1898 No. 5/6.)

- Einen 37jährigen Herrn mit **Arsenkeratose** stellte Prof. E. Lang vor. Vor etwa 2 Jahren bemerkte derselbe einen Ausschlag an den Armen, der ihn weiter nicht behelligte, und den er darum unbeachtet liess. Mehrere Wochen später zog er sich eine luetische Infection zu, wegen der er 25 Inunctionen erhielt. Anfang März 1897 untersuchte Autor den Pat., bei dem er noch deutlich eine Narbe am Penis, jedoch keine Zeichen von Lues constataren konnte. Hingegen fand er an den Achselfalten und Leistenbeugen einen sehr deutlich ausgeprägten Lichen ruber planus. Derselbe wurde einige Zeit milde behandelt und, als er sich immer weiter ausdehnte, wurden Arsenpillen gereicht. In der letzten Zeit stellte sich Empfindlichkeit in der Fusssohle ein, und als Pat. vor 10 Tagen wieder erschien, fand man an beiden Plantae schwielige Verdickungen in Form grösserer und kleinerer circumscripiter Plaques. Die linke Fusssohle zeigte zwischen dem Ballen der grossen und kleinen Zehe eine etwa guldenstückgrosse Parthie, innerhalb deren die Haut gelblich verfärbt, derb und schwielig verändert war. Der tastende Finger constatirte an der äussersten Grenze noch einen derben Ring, welcher für das blosse Auge aus intacter

Haut zu bestehen schien. Aehnliche, etwas mehr elevirt schwielige Herde fanden sich am äusseren und inneren Rande der grossen Zehe und an der Umrandung der Ferse. Die Interdigitalfalte der 4. und 5. Zehe, sowie die zugekehrten dorsalen seitlichen Ränder weisen gleiche Veränderungen auf, wobei es in Folge der ständigen Maceration daselbst zur Bildung dicker Schichten gequollener, weicher, weisser Epithelmassen kommt. An der rechten Fusssohle sind die Veränderungen geringfügige und entsprechen der tiefen Furche zwischen Sohle einerseits, 1., 3. und 5. Zehe andererseits und dem Rande der grossen Zehe. — Es musste da zunächst an Lichen ruber planus, dann an Plantarsyphilid gedacht werden. Doch die Affection sah nach beidem nicht aus, es lag Keratose durch Arsengebrauch vor, wie sie schon öfters bei zufälligen Intoxicationen oder medicamentösem Gebrauch beobachtet worden ist. Die, bei uns allerdings noch wenig gewürdigte, Affection erscheint entweder in Form von gekörnten Verdickungen oder plattenförmigen und ausgebreiteten, aber immer scharf begrenzten schwieligen Auflagerungen. Meist werden beide Palmae und beide Plantae symmetrisch befallen, doch kommt auch ungleiches Ergriffensein vor, so dass die eine Seite mehr erkrankt erscheint als die andere, oder dass nur die Fusssohlen für sich oder die Hohlhände für sich afficirt sind. Die Keratose pflegt auch Seitenränder und Rücken der Finger zu ergreifen und nur ausnahmsweise auch an anderen Stellen des Körpers bemerkt zu werden. Bisher wurde die Erkrankung gewöhnlich bei Erwachsenen gesehen, doch auch bei einem Kinde von 8 Jahren; bei einem gleichaltrigen sah sie einmal Lang selbst. Auf dem Boden der Keratose kann sich Carcinom ausbilden, und hat Autor erst jüngst dies erlebt bei einem Mädchen von einigen 20 Jahren. Bei obigem Pat. liess Lang sofort das Arsen aussetzen und die empfindlichen Keratosen mit Salicylpflaster bedecken. An einzelnen Stellen stiessen sich die Schwielen ab, an einer Stelle der rechten Fusssohle ist in den letzten Tagen eine neue linsengrosse Schwiele hinzugetreten, ebenso eine über stecknadelkopfgrosse, gekörnte, schwielige Verdickung an der linken Palma. Ueber die Beurtheilung der Veränderung an der Hohlhand kann man getheilte Auffassung sein, obwohl

der erythematöse Hof, der den Lichen ruber-Efflorescenzen zu fehlen pflegt, eher für Beginn von Arsenkeratose an der Palma sprechen würde. — In der Discussion betont Kaposi, wie derartige Eruptionen der Flachhand und Fusssohle, Ekzem, Psoriasis, Lichen ruber etc. deshalb schwer zu diagnosticiren sind, weil durch die Dicke der Epidermis und den Mangel an Faltbarkeit der Haut die Merkmale undeutlich werden. Dies gilt besonders vom Lichen ruber planus der Flachhand und Fusssohle, an denen dieser Process oft auch primär auftritt. Auch hier liegt nach seiner Ansicht diese Affection vor, nicht Arseniktylosis, die er noch nie beobachtet hat, obwohl er viel mit Arsen arbeitet. Auch Neumann hat noch keinen solchen Fall constatirt; gerade dem Lichen ruber planus aber kommt die Eigenschaft in hohem Grade zu, Epidermisverdickungen herbeizuführen. Lang: Die Arsenkeratose ist von englischen Dermatologen eingehend studirt worden. Sie kommt bisweilen schon nach kleinen Gaben vor, auch ist sie bei Vergiftungen einmal schon 11 Tage später gesehen worden, gewiss ein bemerkenswerthes Factum. Er bleibt bei seiner Diagnose.

(K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 28. Januar 1898. — Wiener klin. Wochenschrift 1898 No. 5.)

**Magen- und Darmkatarrhe.** Tanninhaltige Milch-Somatose hat Privatdoc. Dr. A. Schmidt (Bonn, medic. Klinik u. Poliklinik) angewandt und gute Erfahrungen damit gemacht. Die Somatose, sonst aus Fleisch hergestellt, wird neuerdings auch aus dem Casein der Milch fabricirt (Farbenfabriken vorm. Fr. Bayer & Co., Elberfeld), und dieses Präparat zeichnet sich, abgesehen von den Vorzügen, welche dem Milcheiweiss an und für sich zukommen, auch dadurch vor der Fleischsomatose aus, dass es noch salzfreier ist, als dieses. Aber auch Milchsomatose macht, in grösseren Mengen genommen, noch Diarrhoë, weshalb, um sie für Kinder und Pat. mit schwachen Verdauungsorganen geeignet zu machen, ein für alle Mal 5% Tannin zugesetzt wurde, und zwar in chemischer Verbindung als Tanninalbumose. Dieser geringe Tanninzusatz soll natürlich nicht speciell styptisch wirken, er soll nur prophylaktisch Reizungen vorbeugen und thut das auch, da es in dieser Form von

Gesunden und Kranken selbst in hohen Dosen gut vertragen wurde. Von Gesunden kann es selbst in sehr grosser Dosis (ca. 50 gr pro die) ohne irgend welche Nebenwirkungen auf den Darm genommen werden, es tritt da freilich leicht Widerwille ein. Zweckmässig ist es, 1—2 Theelöffel in heissem Wasser gelöst und mit etwas Fleisch-extract versetzt als Bouillon zu geben. Das hauptsächlichste Wirkungsgebiet sind die verschiedenen chronischen Erkrankungen des Verdauungstractus, vor allem die atonischen Zustände der Magendarm-musculatur bei Enteroptose und Anämieen; bei Gebrauch von täglich 3 Theelöffeln sah Autor ausnahmslos gute Resultate, die sich auch in Regelung des Stuhlganges äusserten. Auch chron. Enteritiden katarhalischer Natur reagierten gut, ferner tuberculöse Enteritiden, sofern sie noch nicht sehr schwer waren. Bei leichteren tuberculösen Durchfällen macht sich die adstringirende Eigenschaft schon bei der gewöhnlichen Gabe bemerkbar, bei schwereren nur, wenn diese sehr erhöht wird (bis 3 Esslöffel täglich). Dem steht nichts entgegen (ein Pat. verbrauchte innerhalb 2 Tagen 100 gr ohne Belästigung), als der bald eintretende Widerwille; es ist deshalb rathsamer, bei hartnäckigen Durchfällen die üblichen Styptica in kleinen Dosen neben dem Präparat nehmen zu lassen. Letzteres ist auch bei acuter Enteritis wirkungslos, desgleichen bei heftigen chronischen Diarrhoeen, namentlich solchen auf nervöser oder nephritischer Basis; wo Hebung der Gesamternährung nöthig ist, kann man das Präparat natürlich neben Stypticis anwenden. Auch bei Typhus abdominalis (15 Fälle) wurde es gut vertragen und schien von erspriesslicher Wirkung auf den Darm zu sein. Desgleichen bei Kindern, z. B. bei den rhachitischen Diarrhoeen, wo das Präparat neben Phosphor-Leberthran gereicht wurde.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 47.)

- Ein neues Präparat, **Tannon**, ein Condensationsproduct des Tannin und Urotropin (hergestellt von der Farbfabrik vorm. Fr. Bayer & Co., Elberfeld), ein hellbraunes, leichtes, geschmackloses, unlösliches Pulver, enthaltend 87% Tannin und 13% Urotropin, hat Dr. E. Schreiber (Göttingen, medicin. Universitätsklinik) bei acuten, chronischen Enteritiden (auch tuberculösen), endlich bei

Typhus (2 Fälle) versucht und so günstige Resultate erzielt, dass er das Präparat warm empfiehlt; auch die tuberculösen Affectionen reagierten sehr prompt, desgleichen die typhösen. Von den 32 Fällen (Erwachsene und Kinder) zeigten nur ganz wenige keine Besserung. Man gebe das Mittel Erwachsenen 3—4 Mal täglich in Dosen à 1 gr, Kindern mehrmals täglich 0,2 bis 0,5 gr. Die eclatantesten Erfolge ergaben acute Darmkatarrhe, wo meist der Durchfall nach 2—3 Gaben aufhörte. Auch bei 2 Fällen von Brechdurchfall (Knabe und Mädchen von 1 $\frac{1}{2}$  Jahren, 0,2 resp. 0,4 2 Mal täglich) wirkte das Mittel gut. Ausser der günstigen Einwirkung des Tannins auf die Darmschleimhaut kommt wohl auch die entwicklungshemmende des Urotropins auf Bakterien, die wenigstens für die Harnblase experimentell geprüft ist, in Betracht. Unangenehme Nebenwirkungen wurden nie beobachtet.

(Therap. Beilage der deutschen medic. Wochenschrift 1897 No. 11.)

**Neuralgien.** 2 Fälle von schweren Trigemini-neuralgien mit Osmiumsäure behandelt hat Dr. Erwin Franck und stellte die geheilten Pat. vor. Eine Dame litt seit 1890 an einer Neuralgie des oberen und unteren Trigeminiastes, die von Anfang an in allerheftigster Weise auftrat und Tag und Nacht fortgesetzte Schmerzanfälle machte. Es wurde der Infraorbitalnerv theilweise herausgenommen, worauf der Schmerz in diesem Gebiete verschwand, der im Gebiet des Supraorbitalnerven aber fort dauerte. Nun kam Pat. nach Berlin und zeigte an der Austrittsstelle des Supraorbitalis eine kleine Anschwellung. Auf den geringsten Fingerdruck sofort äusserst heftige Schmerzanfälle, die Tag und Nacht anhielten. Arsenik und alle üblichen Mittel hatten nicht geholfen. Im August 1894 injicirte nun Autor  $\frac{3}{4}$  gr einer 1%igen Osmiumsäurelösung direct in die schmerzhafteste Stelle. 3 Tage lang danach absolute Schmerzfreiheit, dann kleinerer Anfall. Injection von 1 gr der Lösung. Seitdem Pat., die sich unterdessen verheirathet hat und Mutter geworden ist, schmerzfrei. Wenn man an der betreffenden Stelle drückt, zeigt sich völlige Taubheit bis zur Haargrenze hin, man kann die Stelle dem stärksten Druck aussetzen, sie bleibt absolut gefühllos.

Fall 2 betraf die Gattin eines Collegen; sie acquirirte das Leiden in der Gravidität, und haben die sehr heftigen Anfälle mit kurzen Unterbrechungen seit dem Frühjahr 1896 bis jetzt angehalten. Die Unterbrechung war bedingt durch eine von Witzel (Bonn) vorgenommene Operation, der einen Theil des Supraorbitalnerven exstirpirte. Gleich nachher aber Schmerzen noch heftiger, es stellte sich starker Herpes zoster ophthalmicus ein, der zu sehr unangenehmen Geschwüren führte, die keine Neigung zur Heilung zeigten, aufbrachen und bei jedem Anfall secernirten. Witzel nahm darauf auch den N. lacrimalis heraus, wobei ein Theil der Thränen-drüse mit exstirpirt sein soll. Nur ein paar Tage Besserung, dann das alte Bild. Grosse Dosen Morphium mussten herhalten, bis Pat. vor 14 Tagen in Franck's Behandlung kam. Befund der gleiche, wie bei der ersten Pat.; leichte Anschwellung an der Austrittsstelle des N. supraorbitalis und enorme Schmerzhaftigkeit auf Druck. Ausserdem Schmerzanfälle mit grosser Regelmässigkeit Vor- und Nachmittags, hier meist zwischen 6—9 Uhr, wobei dann 0,1—0,2 Morphium im Laufe des Abends, ja selbst mehr, gegeben werden musste. Autor injicirte hier am 3./XII. 97 eine volle Pravazspritze einer  $1\frac{1}{2}\%$ igen Lösung von Ueberosmiumsäure etwas innerhalb des Foramen supra-orbitale, wo der Druckschmerz am stärksten war. Seitdem keine Schmerzanfälle mehr, die ganze Parthie völlig taub und auf Druck schmerzlos. Die Injectionen sind nicht neu, Neuber und Eulenburg führten sie schon in den 80er Jahren aus. Natürlich kann man nur Erfolg haben, wenn man die Nerven direct trifft, was beim Supraorbitalis und den oberflächlichen Hautnerven leicht, beim Infraorbitalis schon schwerer (Franck beseitigte so eine sehr heftige Supramaxillarneuralgie), beim Ischiadicus ziemlich aussichtslos ist. Der heftige Schmerz bei der Injection — Autor benützt eine wässrige Lösung — hält 2—3 Minuten an, worauf, wenn die richtige Stelle getroffen ist, anhaltende Taubheit eintritt, da die sensiblen Fasern der Nerven unschädlich gemacht sind; es zeigt sich ferner Oedem des Lides und der nächstgelegenen Weichtheile, welches 3 Tage anhält und unter Bleiwasserumschlägen zurückgeht. Fall 2 ist ja erst 14 Tage alt, da er aber ganz analog dem 1. Fall ist, nimmt Autor



auch hier Heilung an. Bei schwierigeren Fällen könnte man vielleicht den Nerv operativ freilegen und in ihn selbst oder ins Perineurium die Injection machen. — Eulenburg mahnt, da sich die Lösung unter dem Einfluss des Lichtes leicht unter Abscheidung von schwarzem metallischem Osmium zersetzt, sie immer möglichst frisch zu bereiten und vor Licht zu schützen. Franck setzt hinzu, man solle die Lösung aus einem grossen Geschäft, wie Schering, beziehen, wo eine 1<sup>o</sup>/<sub>10</sub>ige Lösung für 80—90 Pf. zu bekommen ist, während die kleinen Apotheken bei dem kleinen Umsatz an Osmium gleich eine ganze Röhre davon (5—6 M.) verwenden müssen.

(Verein f. innere Medizin in Berlin, 13. Dec. 1897. —  
Vereinsbeilage No. 2 1898 der deutschen medic. Wochenschrift.)

- Den von Marsh zuerst empfohlenen **Copaivabalsam** bei **Ischias** hat Glorieux in 3 sehr hartnäckigen, allen therapeutischen Bestrebungen trotzendes Fällen mit sehr gutem Erfolge benützt (40—60 Tropfen pro die längere Zeit hindurch); er hält die diuretische Wirkung des Mittels für das Wesentliche.

(Polyclinique de Bruxelles 1897 No. 6. — Neurolog. Centralblatt 1898 No. 2.)

**Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Zur Behandlung der Gesichtslagen mit nach hinten gerichtetem Kinn hat Dr. Volland (Davos) 1887 einen einfachen Handgriff angegeben, mit dessen Hilfe es leicht gelingt, das nach hinten gerichtete Kinn nach vorn zu bekommen und so die Geburt zu ermöglichen. Autor macht noch einmal auf diesen Handgriff aufmerksam. Derselbe besteht im Umfassen des Gesichts mit voller Hand, indem der Zeigefinger unter das Kinn zu liegen kommt, und Drehung desselben während der Wehenpause so weit möglich, dass das Kinn etwas mehr nach der Seite zu liegen kommt. Man hält während der Wehe in der gewonnenen Lage fest und dreht in der nächsten Wehenpause weiter. Während der folgenden Wehe hält man abermals fest u. s. w. Wenn nun über diesem consequent durchgeführten Vorgehen mehrere Wehen hingegangen sind, wird man bemerken, dass der Gesichtsdurchmesser quer im Becken liegt, und dass das Gesicht gleichzeitig tiefer ins

Becken getreten ist. Der weiteren Drehung des Kinnes nach vorn kann man noch weiter nachhelfen, wenn sie auch von da an spontan erfolgt, wie auch die endliche Geburt.

(Centralblatt f. Gynäkologie 1897 No. 50.)

- Einen Fall schwieriger geburtshülflcher Diagnostik führt Dr. Kohlhaas (Waiblingen) vor: Zu einer Erstgebärenden gerufen, weil die Geburt nicht vorwärts gehe, fand er eine gut gebaute Frau ohne Abnormitäten mit sehr kräftigen Wehen. Kindliche Herztöne deutlich rechts oberhalb des Nabels zu hören. Im Grunde der Gebärmutter harter Kindstheil deutlich zu fühlen; in den unteren Parthieen des Beckens kleine Theile. Ohne tiefes Eingehen intern kein Kindstheil zu erreichen. Chloroformnarkose. Muttermund völlig verstrichen, hoch oben schmaler Saum noch zu erreichen. In der rechten Mutterseite ein weiches schwammiges Gebilde von Handtellergrösse und etwa 4 cm Dicke; dasselbe ragte mit dem unteren Ende frei in die Scheide hinein, nach oben war es überall mit der Umgebung fest verwachsen; fühlte sich wie der vorliegende Mutterkuchen an. In der linken Mutterseite kam man in eine grosse Höhle, welche die ganze Hand bequem aufnahm und von der Gestalt einer Birne war; Wände glatt, theilweise mit zahlreichen Strängen besetzt, die genau den Eindruck machten, wie wenn man bei der Section pleuritische Verwachsungen neueren Datums löst. An die Aussenseite der Wände der Höhle zu kommen, war unmöglich; nirgends konnte man weder von innen noch von aussen an ihr zu Kindstheilen gelangen. Höhle nach oben und den Seiten völlig abgeschlossen; nur nach der rechten Mutterseite gelangte man zu dem erwähnten placenta-ähnlichen Gebilde. So gut wie keine Blutung. Das sprach schon gegen Placenta praevia; war diese, wie hier, handteller-gross in der Scheide, so musste es heftig bluten. Aber was lag vor? Die Höhle der linken Mutterseite machte den Eindruck einer der Grösse nach dem 3. Monat der Schwangerschaft entsprechenden leeren Gebärmutterhöhle, und es schien die einzige im Bereiche der Wahrscheinlichkeit liegende Deutung des Befundes die Annahme zu sein, dass es sich um die vergrösserte leere Hälfte eines schwangeren Uterus septus handle, während rechts ein lebendes Kind und eine Geschwulst vorliege. Autor liess die Frau

in die Landeshebeammenschule transportiren. Transport im Wagen 2 Stunden lang gut vertragen, heftige Wehen ohne Blutverlust. Nachher zeigte sich in der Schamspalte eine etwa apfelgrosse, braunrothe, blutige Masse, ähnlich einem Stück Placenta. Herztöne des Kindes nicht mehr zu hören. Die vorliegenden Massen wurden mit der Hand entfernt; es waren Geschwulstmassen mit Knorpel. Nach weiterer Entfernung der Geschwulst kam man an die Füße, und die Extraction des abgestorbenen Kindes gelang leicht. Auf dessen Kreuzbeingegend ein kindskopfgrosser, jetzt colabirter Sack, dessen Häute so dünn wie Eihäute waren und einen Riss ganz wie Eihäute zeigten. Etwas placenta-ähnliches Gewebe befand sich noch in ihm, seine Wände waren entsprechend dem Kreuz und Rücken des Kindes glatt und von zahlreichen glatten Strängen überzogen. Jene Höhle war also diese Geschwulst gewesen, die Masse aber aus dem geplatzten Sack hervorgedrungene Geschwulsttheile. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine Mischgeschwulst: fibröses, grossmaschiges Stroma, darin in schleimiger colloider Degeneration befindliche Parthieen eingebettet, Knorpel, Nervenfasern, spärliche Einlagerungen von Cylinderepithel, zurückführbar auf das Cylinderepithel des Centralcanals des Rückenmarks, also Neurofibrochondromyxosarkom.

(Medic. Correspond.-Blatt des Württemb. ärztl. Landesvereins 1898 No. 3.)

— Ist das frühe Aufstehen den Wöchnerinnen nachtheilig?

Diese Frage suchte Dr. W. Brutzer an dem grossen Material (974 Fälle) der Breslauer Frauenklinik zu erforschen. Die Wöchnerinnen, die meist am 3.—5. Tag aufstanden, wurden in Bezug auf Temperatur, Puls, Stuhl, Urin, Allgemeinbefinden, Rückbildung der Genitalien u. s. w. untersucht, und fand Autor, dass durch das frühe Aufstehen nicht nur keine Schädigung eintrat, sondern sogar eher eine günstige Beeinflussung stattfand, sodass er empfiehlt, jede Wöchnerin, sofern nicht Contraindicationen vorliegen, am 5. Tage aufstehen zu lassen.

(Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynäk. 1897, Bd. 37, Heft 3.)

— Uebertragung von Milzbrandbacillen bei Pustula maligna von der Mutter auf die Frucht konnte M. J. Rostowzew

(St. Petersburg) in 3 Fällen, die alle letal verliefen, positiv nachweisen; die Bacillen fanden sich in der Placenta, in der Nabelschnur und in den kindlichen Organen, analog den Uebergängen von Typhus-, Cholera-, Tuberkelbacillen, Pneumo- und Erysipelkokken und Recurrensspirillen von der Mutter auf die Frucht.

(Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie 1897, Bd. 37, Heft 3.)

**Syphilis.** Multiple subcutane Hautgummata längs der Lymphgefässe im Anschluss an ein Trauma beobachtete Dr. E. Kromayer (Halle) bei einem Fleischer, der im November 1894 S. acquirirt und dann mehrfach Schmiercuren durchgemacht hatte, im Februar 1896 aber beim Fleischbacken sich den linken Daumen quetschte. Derselbe blieb empfindlich und entzündete sich, und 14 Tage nach dem Trauma entwickelten sich auf dem Vorderarm in der Verlaufsrichtung der subcutanen Lymphgefässe Knoten, 14 an der Zahl, fest, mit der Unterlage gar nicht oder wenig verschieblich, mit einander durch straffe, subcutane, stricknadeldicke Stränge verbunden. Eine Schmiercur brachte in 3 Wochen sämtliche Gummata zum Verschwinden.

(Dermatolog. Zeitschrift Bd. IV, Heft 6.)

— Einen Beitrag zur Lehre von den syphilitischen Erkrankungen des Mediastinums und der Lungen liefert M. Dinkler (Aachen, Luisenhospital). Die Epikrise des interessanten Falles lautet: „Recapituliren wir den Krankheitsverlauf in seinen Hauptzügen, so sehen wir zunächst aus der Vorgeschichte einmal wieder die alte Erfahrung bestätigt, dass die von manchen Aerzten gerühmte Glaubwürdigkeit der Kranken bei der Beantwortung einer Frage nach früherer syphilitischer Infection grösste Skepsis verdient. Falsche Scham hält nicht nur unsere Patientin ab, eine syphilitische Erkrankung zuzugeben, sondern auch ihren Mann; erst nach ernstem Zureden und einem Hinweis auf den Erfolg resp. Nichterfolg einer Behandlung wird die Anamnese vollständig der Wahrheit gemäss mitgetheilt. Und von welcher Bedeutung wird sie in diagnostischer, prognostischer und therapeutischer Beziehung! Die von der Kranken selbst gegebenen Daten: 1889 vierwöchentlicher Luftröhrenkatarrh, 1896 dreimonatlicher Lungenkatarrh mit eitrigem und

blutigem Auswurf, starker Abmagerung, besonders nach der letzten Geburt, Nachtschweiss, Husten und Auswurf, besonders Morgens und während der Nacht, weisen trotz zweier Todtgeburten zunächst mit grosser Wahrscheinlichkeit auf das Bestehen einer tuberculösen Lungenerkrankung hin; auch der aufgenommene Befund: Cyanose des Gesichts, schmerzlose periostale Verdickung am linken Unterkiefer und Lymphadenitis cervicalis, Dyspnoë bei geringen Anstrengungen, keuchendes, par distance hörbares Stenosenathmen, Dämpfung über der rechten Spitze mit reichlichen Rasselgeräuschen, Haemoptoë, Dämpfung über dem Manubrium sterni mit lautem Stenosenathmen, lässt sich mit dieser Annahme wohl in Einklang bringen; auffallend bleibt zunächst nur, dass trotz der charakteristischen schleimig-eitrigen und blutigen Beschaffenheit des Sputums Tuberkelbacillen und elastische Fasern fehlen. Einen gänzlichen Umschwung führt dann die Anamnese des Mannes herbei; die Todtgeburten, welche von vornherein den Verdacht auf eine syphilitische Infection nahelegen, sind thatsächlich auf eine schwere spezifische Erkrankung syphilitischer Art: Ulcera, Roseolen, Condylomata lata, Hautgeschwüre und Hautgummata etc. zurückzuführen. Das Fehlen von Tuberkelbacillen und elastischen Fasern im Auswurf, die vielfachen Eruptionen ausgesprochener S. lassen es jetzt nahezu sicher erscheinen, dass es sich um eine vorwiegend syphilitische Erkrankung handelt. Dieser Annahme entspricht der Erfolg der antisypilitischen Behandlung: nach einer regelrechten Inunctionscur und innerlichem Gebrauch von Jodkalium verschwindet ein Symptom nach dem anderen, und die Kranke ist nach ihrer eigenen Ueberzeugung heute wieder ebenso gesund und leistungsfähig, wie früher. — Wenn wir uns schliesslich fragen, welche anatomischen Veränderungen den einzelnen objectiven und subjectiven Krankheitserscheinungen zu Grunde gelegen haben, so verdient zunächst der Befund über den Lungen eine Erwähnung. Ende October ist eine leichte Dämpfung der rechten Lungenspitze mit reichlichen, zähfeuchten Rasselgeräuschen zu constatiren; ebensolche Rhonchi sind über dem linken Unterlappen in grosser Zahl zu hören. Später (December)

ist die Dämpfung über der rechten Spitze intensiver, der auscultatorische Befund hingegen weniger ausgesprochen. Der Auswurf, welcher während der ganzen Zeit entleert wird, ist schleimig-eitrig und blutig und enthält zahlreiche, mit eosinophilen Zellen besetzte Curschmann'sche Spiralen. Aus diesem Befunde lässt sich schliessen, dass neben einem intensiven Katarrh der Bronchien und Bronchiolen der beiden Lungenspitzen und des linken Unterlappens wahrscheinlich auch Veränderungen des Lungenparenchyms (umschriebene Verdichtungen) bestanden haben. Schwere destructive Prozesse, welche eine Einschmelzung von Lungengewebe nach sich zu ziehen pflegen, sind durch das Fehlen von elastischen Fasern im Auswurf ausgeschlossen. Möglicher Weise haben ähnliche anatomische Veränderungen, wie sie in der sogen. weissen Pneumonie für hereditäre Lues als charakteristisch bekannt sind, vorgelegen. Weit leichter und anatomisch präziser als der Lungenbefund ist die tumorartige Auftreibung des linken Unterkiefers und die starke Schwellung regionärer und supraclaviculärer Lymphdrüsen zu beurtheilen; hier hat es sich ohne Zweifel um eine gummöse Periostitis mit Betheiligung der zugehörigen Lymphdrüsen gehandelt; dies bestätigt die schmerzlose Schwellung, die relativ derbe, wenig elastische Consistenz der Drüsen und der Rückgang der Anschwellung ohne Veränderungen des Knochens (Nekrose). Wie erklärt sich jedoch die Dämpfung über dem Sternum, das im Bereiche derselben hörbare Tracheal- und Bronchialathmen und die Abschwächung des Athmegeräusches auf der rechten Seite? Diejenige Untersuchungsmethode, welche uns vielleicht sichere Aufklärung zu bringen vermocht hätte, die Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen, stand uns leider erst zur Verfügung, als die oben genannten physikalischen Phänomene verschwunden waren. Die Cyanose des Gesichts, die Anschwellung der Halsvenen, das keuchende, par distance hörbare Stenosenathmen weisen im Einklang mit der Dämpfung über dem Manubrium sterni auf das Vorhandensein solider, tumorartiger Einlagerungen, welche zu einer Compression der verschiedenen Contenta des Mediastinalraumes geführt haben, hin. Tumorartige Neubildungen im Mediastinum wirken nicht nur comprimirend auf die

Nachbarorgane, sondern modificiren auch, wenn sie oberflächlich genug liegen, den Schall des Manubrium sterni. Bei der Beurtheilung solcher pathologischer Verhältnisse bedarf es allerdings einer gewissen Vorsicht, denn wir wissen lange, dass der Schall bei abnormer Dicke des Sternum oder bei starker Ausbildung des Angulus Ludovici gedämpft erscheint, ohne dass irgendwelche krankhafte Vorgänge im Mediastinalraum vorliegen. Ferner haben wir gerade in letzter Zeit mehrfach autoptisch und intravital — mit Hilfe der Röntgenstrahlen — constatiren können, dass ziemlich grosse Tumoren und erhebliche Aortendilatationen den Percussionsschall unverändert lassen, so lange sie dem Sternum nicht direct anliegen. Es entspricht dies der alten Friedreich'schen Anschauung, wonach der Schall des Sternum auf die Eigenschwingungen dieses Körpers, die sich weniger in der Tiefe als in der Fläche verbreiten, zurückzuführen ist. Im vorliegenden Fall ist einerseits das Manubrium sterni, wie alle Knochen bei Frauen, gracil, sowie der Ludwig'sche Winkel schwach entwickelt, und andererseits die Dämpfung über dem Brustbein so ausgesprochen und umschrieben, dass die Annahme einer substernal gelegenen, soliden Einlagerung hierdurch hinreichend begründet erscheint. Es kann sich jedoch hierbei nicht nur um eine retrosternale, gummiöse Periostitis gehandelt haben, sondern es müssen noch andere, das Mediastinum ausfüllende Neubildungen vorhanden gewesen sein. Die Erscheinung, dass bei Rückenlage die Cyanose des Gesichts sofort verstärkt, die Dyspnoë zu einem Erstickungsanfall gesteigert wurde, kann nur durch eine stärkere Compressionswirkung in Folge des Zurücksinkens der Neubildungen erklärt werden. Ein weiteres Symptom: die Abschwächung des Athemgeräusches auf der rechten Seite (vor Allem im Bereiche des Mittellappens) kann nicht ohne Weiteres auf den mediastinalen Process in der Höhe des Manubrium sterni bezogen werden, sonst wäre es nicht zu verstehen, weshalb die in dieser Höhe einwirkende Compression der Luftröhre nicht das Athemgeräusch über beiden Lungen gleichmässig verändern sollte. Bei der Erklärung dieses einseitigen Befundes verdienen 2 Erscheinungen, die erst im Verlaufe der Krankheit deutlicher geworden sind, eine besondere Beachtung: 1. das Auftreten von

münzenförmigen, central blutigen, peripherisch schleimig-eitrigen Sputis, die täglich 1—2 Mal unter starkem Husten entleert wurden, mit dem Fortschreiten der Heilung allmählig immer kleiner geworden (bis zur Grösse eines Stecknadelkopfes), endlich gänzlich verschwanden; 2. ein intensiver, an das sternale Ende des 2. Intercostalraumes localisirter, in der Tiefe sitzender Schmerz von brennendem und stechendem Charakter. Dieser Schmerz trat zuerst in dem Stadium der „umschriebenen“ blutigen Sputa auf und überdauerte dasselbe längere Zeit. Offenbar muss hiernach in einem Bronchus ein geschwüriger Zerfall von stenosirend wirkenden gummösen Neubildungen stattgefunden haben, denn anders ist die Abschwächung des Athemgeräusches über der rechten Seite im Beginn der Beobachtung und das Auftreten isolirter Blutballen, die gleichsam einen Abguss des Geschwüres nach aussen beförderten, nicht zu erklären. In wie weit dabei noch die Compression von geschwollenen Bronchialdrüsen mitgewirkt hat, ist natürlich nicht zu entscheiden. Einzig und allein einen von aussen wirkenden Druck, der eine Art von decubitalem Geschwür im Inneren des verengerten Bronchiallumens hervorgerufen hat, anzunehmen, scheint mir weniger richtig, sonst wären wohl die allgemeinen Druckerscheinungen im Mediastinum noch weit intensiver gewesen. Auffallend bleibt es unter allen Umständen, dass diese schwere Form von mediastinaler und bronchopneumonischer S. eine anscheinend vollständige Restitutio ad integrum erfahren hat und bis heute keine der sonst häufigen Folgeerscheinungen syphilitischer Processe (Narbenzug u. s. w.) aufgetreten ist. — Vorliegender Fall bietet einen interessanten Beleg dafür, dass die Symptomentrias: Husten mit Haemoptoë, Abmagerung und Nachtschweisse, auch auf syphilitischer Grundlage beruhen kann; er zeigt einmal wieder, von welcher grossen Bedeutung die genaue Anamnese für die Diagnose syphilitischer Krankheitsprocesse werden kann.“

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 49.)

- Einen interessanten Fall von extragenitaler Infection erlebte Speranski. Er betraf ein Brustkind und dessen Mutter. Letztere hatte auf jeder Brustwarze eine



Sklerose, das Kind eine solche an der Oberlippe. Die Anamnese ergab, dass zuerst das Kind, sodann erst die Mutter die Affection acquirirte, zugleich aber, dass die Mutter einmal ein fremdes Kind an die Brust genommen hatte. Die Sachlage war also höchstwahrscheinlich folgende: die Mutter holte sich S. von dem fremden Kinde, übertrug das Gift ihrem Kinde und wurde dann von diesem inficirt.

(Venerologisch-dermatolog. Gesellschaft in Moskau, 10./XII. 97. — Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1898, Bd. 26, No. 2.)

- Dass **Einimpfung von Schanker durch einen Höllensteinstift** möglich ist, zeigt eine Mittheilung von Dr. Burwinkel (in Zabern i. Els.). Ihm war schon öfters ein 24jähriger Bauerssohn aufgefallen, der beständig einen Wattebausch vor der Nase trug. Einmal consultirte dieser Mann den Autor wegen eines Hexenschusses, wobei auch der Grund zu Tage trat, weshalb jener die Nase immer verdeckt hielt. Die ganze Spitze derselben, die Nasenflügel und die Nasenscheidewand waren weggefressen, Nasenstumpf und Oberlippe zeigten eine nässende Geschwürsfläche, die Cervicaldrüsen waren stark geschwollen. Eine Schmiercur und Jodkali hatten eclatanten Erfolg; die Geschwürsfläche vernarbte, Pat. konnte die Nase unverhüllt tragen. Von den Eltern erfuhr Autor Folgendes: S. und Tuberculose kamen in der Familie nicht vor. Der Sohn war bis zum 12. Lebensjahre gesund. Dann wurde ein Arzt wegen eines Nasenpolypen zu Rath gezogen und der ätzte mehrmals mit einem Höllensteinstift. Darauf entwickelte sich jenes Geschwür und griff allmählig weiter.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1898 Nr. 6.)

Einen Fall von luetischem Primäraffect der Augenlider beschreibt Dr. R. Gagzow (Köln a. Rh., Augenheilanstalt für Arme). Ein 15 Monate altes Kind wurde von der Mutter in die Poliklinik gebracht. Diese, ihr Mann und ein kürzlich geborenes 2. Kind sollten gesund sein. Auch das jetzt kranke Kind soll vordem stets gesund gewesen sein und wurde gesund am 28./III. 97 zu Verwandten aufs Land geschickt. Diese schrieben bereits nach 4 Tagen, das Kind habe auf dem rechten Augenlide einen Knoten bekommen. Am 16./IV. schickten sie es zurück, das Kind

wurde in die Anstalt gebracht, und es fand sich am rechten Auge — das linke war normal — folgender Status: Beide Augenlider geröthet, geschwollen, teigig anzufühlen; die normalen Hautfalten, wie auch die Deckfalte nur angedeutet; das obere, namentlich in den äusseren Theilen verdickte Lid hängt herab, sodass die Lidspalte beim Blick geradeaus nur 2 mm weit geöffnet ist; eine weitere Oeffnung ist überall nicht möglich; der innere Augenwinkel und die ihm zunächst gelegenen Parthieen beider Lider bilden den Sitz eines annähernd runden Geschwürs von ca. 1 cm Durchmesser, das im oberen Lide das innerste Drittel des freien Lidrandes einnimmt und im unteren etwas weniger weit nach aussen reicht; Ränder ziemlich scharf und wenig über das Niveau des Grundes erhoben, wie dieser nicht hart; die obere Hälfte des Geschwürs mit einer wenig fest haftenden Kruste, der übrige Theil mit schmierigem eitrigem Secret bedeckt; nach Säuberung liegt die graurothe, granulirende, leicht blutende und sich trichterförmig tief in den Lidwinkel hineinziehende Oberfläche zu Tage, auf der sich sehr bald mit Blut untermischtes reines Serum ansammelt. Vor dem rechten Ohre eine ca. 2 cm grosse, nicht empfindliche Drüsenanschwellung, rechts viele kleine Unterkieferdrüsen infiltrirt, desgleichen Nacken-, Achsel- und Inguinaldrüsen beiderseits. Therapie: Jodoformverband, Schmiercur (0,5 pro die). Ausser einer Angina syphilitica, die am 12./V. auftritt, keine weiteren Erscheinungen, die bestehenden besserten sich allmählig, am 5./V. völlige Vernarbung ohne jede Stellungsanomalie der Lider. Am 16./V. auf Wunsch Entlassung. — Und die Infectionsquelle? Nun, das Kind musste vor seiner Abreise inficirt worden sein, und es lag nahe, die Quelle in der eigenen Familie zu suchen. Der Vater wurde alsbald untersucht, und man fand eine Narbe am Präputium und secundäre papulöse Syphilide an der rechten Wangenschleimhaut und der Zunge. Infection im Juli 1896 wurde zugegeben, auch die Möglichkeit zugestanden, dass das Kind von ihm auf die Augen geküsst worden sei.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1898 No. 6.)

**Tabes dorsalis.** Zur Symptomatologie der T. bringt Dr. Th. Benda (Berlin) einen interessanten Fall vor. Während die lancinirenden Schmerzen der unteren Extremitäten zu den gewöhnlichsten Symptomen der T. gehören, treten solche in den Armen seltener und am Rumpf nur ausnahmsweise auf. Aber während die Schmerzen in den Beinen häufig, diejenigen in den Armen zuweilen von spasmodischen Bewegungen begleitet sind, ist dem Autor kein Fall bekannt, wo dasselbe in den Rumpfmuskeln der Fall war. Er hat nun seit 9 Jahren einen Tabiker in Behandlung, bei dem sich dies Symptom einige Zeit lang gezeigt hat. Die ersten Erscheinungen der T. traten 1888 auf, die Krankheit entwickelte sich dann ganz typisch. Von Zeit zu Zeit wurde Pat. von stärkeren lancinirenden Schmerzen, mit Zuckungen verbunden, in den Beinen geplagt, nie aber machten sich solche anderswo geltend. Von Anfang März bis zum 14. März v. J. hatten besonders lebhaft lancinirende Schmerzen in den Beinen bestanden. Am 14. traten nun plötzlich äusserst heftige Schmerzen von demselben Charakter in der Brust auf, während die Beine schmerzfrei wurden. Unter den Brustwarzen beginnend, strahlten sie nach dem Rücken und nach den Armen zu aus, bald auf der rechten, bald auf der linken, bald auf beiden Seiten. Die, anfangs weniger intensiven, Schmerzen wurden bald so heftig, dass Pat. schrie. Gleichzeitig traten so heftige Zuckungen in den Brustmuskeln auf, dass der Arm geschleudert wurde und Pat. beim Schreiben lange Striche auf dem Papier machte. Gleichzeitig hatte er das Gefühl, als wenn der Athem stockte. Nach dem 17. März verminderten sich diese Anfälle, und am 22. erwachte Pat. mit ziemlich heftigen Schmerzen im linken Oberschenkel, während die Anfälle in der Brust verschwunden waren. Die Anfälle waren folgendermaassen verlaufen: Während der Unterhaltung schrie Pat. plötzlich auf; unmittelbar darauf wurden die Arme, bald der rechte, bald der linke, nie beide zusammen, heftig adducirt. Die Finger zeigten keine Zuckungen. Der Anfall dauerte 4—5 Sekunden; nach Verlauf von einigen Minuten trat ein neuer auf. Während einiger Anfälle stockte auch die Athmung, der Puls wurde klein und schwach, es trat leichte Cyanose ein. Pat. giebt an, es trete blitzartig ein äusserst heftiger Schmerz

in der Brust und zugleich ein starkes Oppressionsgefühl auf. — Mit was hatte man es hier zu thun? Mit Angina pectoris trotz der Aehnlichkeit der Anfälle nicht! Es fehlte jede Veränderung am Herzen, jedes Zeichen von Arteriosklerose, der typische ausstrahlende Schmerz im linken Arm; dagegen kommen bei Angina pectoris Zuckungen nicht vor. Auch um Herzkrisen konnte es sich nicht handeln; der Schmerz war hier doppelseitig, es fehlten die in die Schulter ausstrahlenden Schmerzen, dann waren die Anfälle zu kurz. Gegen Intercostalneuralgie sprach das plötzliche Auftreten und Wiederverschwinden der Symptome, ferner die Doppelseitigkeit, das Fehlen von Druckpunkten. Es musste sich um lancinirende Schmerzen handeln, für die auch die eigenthümlichen Zuckungen sprachen, die sofort mit den Schmerzen begannen und ausgesprochen klonischer Natur waren. Autor sieht sie als Reflex an, ausgelöst durch den Schmerz. Die Reflexerregbarkeit ist zwar bei T. herabgesetzt, aber die Schmerzen sind eben ein so starkes Agens, dass sie das betreffende Centrum noch zu reizen vermögen. Die Localisation auf der Brust zeigt, dass die T. auch die höheren Parthieen des Rückenmarks ergriffen hatte. Das Oppressionsgefühl auf der Brust und das Stocken der Athmung während einiger Anfälle sind nichts Auffallendes, da wir das bei jedem heftigen Schmerz auf der Brust, besonders bei der Intercostalneuralgie finden. Es wäre aber auch nicht unmöglich, dass die Intercostalmuskeln, vielleicht sogar das Diaphragma, reflectorisch betheiligt gewesen sind.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 6.)

- **Augenkrise** bei T. hatte Prof. P. K. Pel (Amsterdam, medic. Klinik) in einem Falle zu beobachten Gelegenheit. Es handelte sich um paroxysmatisch auftretende Symptomcomplexe Seitens beider Augen, welche in Reizung sensibler, secretorischer, motorischer und vasomotorischer Nervenfasern bestanden. Auch der psychische Zustand des Pat. während der Anfälle zeigte leichte Veränderungen; er war unruhig, reizbar, sehr angegriffen. Das Leiden selbst begann bei dem 41jährigen, aus gesunder Familie stammenden Kellner vor 7 Jahren, wo Parästhesieen an den Füßen, lancinirende, Nachts sich steigende Schmerzen in den unteren

Extremitäten und Gürtelgefühl auftraten. Seit 4 Jahren besteht Ermüdung in den Beinen, unsicherer Gang, namentlich beim Treppensteigen und im Dunkeln. Ab und zu Bullae an den Fusssohlen. Seit etwa 3 Jahren auch Ulnarparästhesien, Parästhesien und schmerzhaft Empfindungen im Gesicht schon seit 2 Jahren. In den letzten Monaten Obstipation und Parästhesien am Sphincter ani. Vor 3 Wochen unerwartet neue Symptome: Plötzlich heftige brennende und stechende Schmerzen in beiden Augen, nur durch sehr kurz dauernde freie Intervalle unterbrochen; bald nach diesen Schmerzen heftiger Thränenfluss mit Photophobie; wegen Augenliderkrampf Sehen kaum möglich. Nach 2 $\frac{1}{2}$  Stunden Anfall vorbei, Auge wieder ganz normal. Nach 5 Tagen 2. Anfall, 1 $\frac{1}{2}$  Tag andauernd. Einige Tage später 3. Anfall. Gesichtsvermögen in den freien Zeiten sehr scharf. Von Seiten der anderen Hirnnerven keine Störungen, Geschmack und Gehör intact. Keine gastrischen Krisen. Impotentia virilis. Früher schwere Excesse in venere, vor 22 Jahren Ulcus durum. Bei der Untersuchung finden sich eine Narbe am Penis und allgemeine indolente Lymphdrüsenanschwellung, sonst keine Anzeichen überstandener Syphilis. Alle klassischen Symptome der T. sind vorhanden, an den Augen ausser reflectorischer Pupillenstarre nichts Auffallendes zu constatiren. Hervorzuheben noch, dass die Haut an beiden Aussenseiten des Unterschenkels hier und da an symmetrischen Stellen kleine, nicht scharf umschriebene, tiefe Blutextravasate aufweist, welche im Anschluss an einen heftigen Schmerzanfall entstanden sind. Andeutung paralytischer Sprachstörung, Stimmung manchmal deprimirt, mitunter unmotivirte Hilarität. Diagnose: T. und Dementia paralytica incipiens. Einen 4. Anfall konnte Autor selbst beobachten. In Mitte ruhiger Bettlage mit völlig normal aussehenden Augen beginnt Pat. plötzlich über heftige brennende und stechende Schmerzen in beiden Augen und deren Umgebung zu klagen. Er nimmt die sitzende Haltung ein und bedeckt die Augen mit den gekreuzten Vorderarmen. Wenn die Augen unbedeckt sind, sieht man gleich die heftigsten krampfhaften Contractionen der beiden Mm. Sphincter oculi

nebst starkem Thränenfluss und sehr gerötheter und geschwollener Conjunctiva bulbi et palpebrae. Die ganze Umgebung sehr hyperästhetisch. Kein Druckschmerzpunkt am Foramen supraorbitale nachweisbar. Pat. sehr unruhig. Dauer des Anfalls 2—3 Stunden. Nachher grosse Erschöpfung, 1 Stunde später Auge wieder normal, nur Hyperästhesie auch am nächsten Tage noch etwas vorhanden. — Der beschriebene Symptomencomplex erinnerte lebhaft an die acut entzündliche Reizung der Augen durch Fremdkörper (z. B. Kohlenpartikel) und war das Interessanteste an dem Falle neben jenen Hautblutungen, welche, an symmetrischen Stellen im Verlaufe des N. peroneus im Anschluss an die lancinirenden Schmerzen aufgetreten, ein klassisches Beispiel neurotischer Blutungen darstellten. Jene Anfälle aber waren als Reizungen des N. trigeminus, die Augenschmerzen als sog. Ciliarneuralgien aufzufassen. Es lag weiterhin sehr nahe, gerade bei der doppelseitigen Affection, auch an Reizung der bulbären, resp. spinalen Quintus-Elemente zu denken, obgleich natürlich das Ganglion Gasseri und die peripheren Nervenfasern auch theilhaftig sein konnten; auch die Parästhesien der Gesichtshaut deuteten auf eine Affection von Quintusfasern hin. Bisher wurden keine wahren Krisen im Gebiete eines oberen Hirnnerven veröffentlicht, nur solche in Organen, deren Nervengebiet fast ohne Ausnahme reich an Vagus- und Sympathicusfasern ist. Doch wenn man sich die secretorischen, sensiblen, motorischen und vasomotorischen Fasern des Quintus vergegenwärtigt, dann dürfte es kein Wunder nehmen, dass gerade dieser Hirnnerv sich auch an den Krisen bei T. theilhaben kann. Ueberhaupt sind die Affectionen des N. trigeminus bei T. ja nichts Seltenes. Am interessantesten sind wohl die bekannten, spontanen Ausfall der Zähne bewirkenden, trophischen Störungen (auch 2 Pat. Pel's verloren innerhalb kurzer Zeit ohne Schmerzen und Blutung die gesunden oberen Backenzähne). Auch Anästhesien, Parästhesien, neuralgiforme Schmerzen im Gebiete des Quintus wurden im Laufe der T. manchmal beobachtet und waren zum Theil auch bei obigem Pat. zu constatiren. Auch Reizzustände secretorischer Nervenfasern des Quintus, sogar als Anfälle von Thränenfluss (Crises lacrymales) oder Niesen (Crises nasales)

mit Parästhesieen in der Nase kamen vereinzelt schon vor, desgleichen die Ophthalmia neuroparalytica und die tabischen Mundgeschwüre, sehr seltene trophische Störungen, bei denen auch Trigeminafasern theiligt sind. Im obigen Falle kam aber nicht ein Symptom, sondern eine Combination von Symptomen in Betracht, von denen die Schmerzen und die Hyperästhesie besonders hervortraten, der krampfartige Liderschluss, die Sehstörungen aber als secundäre Erscheinungen. Eine Ursache dafür, z. B. forcirter Gebrauch der Augen, lag nicht vor, es waren wahre Augenkrise resp. tabetische Ciliarneuralgien mit starken vasomotorischen und secretorischen Erscheinungen. Die Kenntniss solcher Krisen bei T. ist sehr wichtig, weil sie ja ein Anfangssymptom bilden können, zu einer Zeit auftretend, wo andere Erscheinungen der T. noch nicht ausgeprägt sind.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 2.)

---

## Vermischtes.

---

- Ein **pneumatisches Ring- und Hebelpessar** construirte Dr. L. Seeligmann (Hamburg) als Ersatz für die oft genug unzweckmässigen Pessarien. Das pneumatische Ringpessar kam z. B. auch in Fällen von totalem Prolaps zur Anwendung, bei welchen die grössten Nummern von Hartgummiringen, die von anderer Seite eingelegt waren, entweder wieder herausfielen oder wegen ihrer Grösse und Kanten nicht vertragen wurden. Die Construction des pneumatischen Pessars erlaubt, ohne Beschwerden bei der Einführung oder Herausnahme zu verursachen, dem Ringe eine solche Grösse zu ertheilen, dass Vorfälle, die nur noch operativ geheilt zu werden die Aussicht hatten, durch das Pessar zurückgehalten wurden. Das pneumatische Hebelpessar leistete in solchen Fällen gute Dienste, bei denen die Nachbarschaft des Uterus besonders empfindlich waren und ein Hebelpessar zur richtigen Haltung des Organs unbedingt nöthig erschien. Einige Male hat Autor den durch den harten Bügel eines Hartgummihodge-Pessars ausgeübten Druck auf den descendirten Eierstock für die Unmöglichkeit einen Ring zu tragen, direct verantwortlich machen können, so dass die Beschwerden nach Einführung eines pneumatischen Pessars bedeutend gelindert erschienen und dieser Ring allmählig gut vertragen wurde. Das runde Pessar besteht aus einem Gummiring, an dem ein selbstthätiges Luftventil angebracht ist. Der Ring wird zusammengefaltet eingeführt, indem das Röhrchen eines gewöhnlichen Luftgebläses mit dem Köpfchen des Ventils in Verbindung ist. Unter Controlle des eingeführten Fingers wird nun dem Ring in der Vagina, nachdem die Lage des Uterus möglichst rectificirt ist, die



gewünschte Grösse ertheilt, wobei man die Pat. aufstehen oder pressen lassen kann, um die nöthige Grösse auszuprobiren. Nachdem letztere gefunden, löst man durch gelinden Druck das Röhrchen des Gebläses von dem Köpfchen des Ventils, und der Ring behält nun die ihm gegebene Grösse und Form. Will man ihn entfernen oder kleiner machen, so drückt man mit dem Zeigefinger kräftig auf die Basis des Ventils, während man mit dem Mittelfinger den Ring fixirt, um die Luft entweichen zu lassen und den Ring dann als zusammengefaltete Gummilamelle herauszuziehen. Das Hebelpessar hat dieselbe Construction, nur ist hier noch ein dünner biegsamer Kupferdraht vorhanden, der mit der Oberfläche des aufgeblähten Ringes niemals in Berührung kommt, sondern nur dazu dient, dem Pessar jede beliebige Form zu geben. Die pneumatischen Pessare haben also folgende Vortheile:

1. die grosse Leichtigkeit und Elasticität;
2. die leichte, schmerzlose Art des Einführens und Entfernens;
3. die Möglichkeit, die Grösse erst in situ zu bestimmen.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1897 No. 100.)

- Einen **amputirten Radfahrer** kennt Dr. M. Breitung (Coburg), einen 27jährigen Herrn, der als 6jähriger Knabe einen Splitterbruch des rechten Unterschenkels acquirirte, so dass derselbe unterhalb des Kniegelenks amputirt werden musste. Eine vorzügliche Prothese deutschen Ursprungs (orthopäd. Institut in Nürnberg) befähigte den Verunglückten, ein eifriger Turner, Tourist etc. zu werden, und jetzt hat er das Radfahren in sein Sportprogramm aufgenommen und betreibt es wie ein Gesunder. Mehr kann auch eine ausländische Prothese nicht leisten!

(Münchener medic. Wochenschr. 1898 No. 1.)

- **Ichthyol als Therapeuticum** schätzt Dr. H. Naegeli-Akerblom (Rüthi, St. Gallen) sehr hoch. Bei Gonorrhoe der Männer wirken 0,5—1,0%ige Lösungen, im Beginne eingespritzt, fast abortiv, in älteren Fällen mindestens ebenso gut, wie andere Mittel. Bei gonorrhoeischen Adnexerkrankungen der Frauen zeigten Ichthyol-glycerintampons (2—5%) ausgezeichnete Wirkung. Bei

Erysipelas und bei Mastitis puerperalis möchte Autor das Ichthyol, das er hier als 30%ige Mischung mit Gummi arab., die sehr schnell eintrocknet, wenig klebt und sich mit lauem Wasser leicht abwaschen lässt, anwendet, gar nicht mehr entbehren. Diese Mischung bewährte sich auch bei gonorrhöischer Epididymitis und bei Orchitis nach Parotitis epidemica.

(Therap. Wochenschrift 1897 No. 51.)

- **Dämpfung des Percussionsschalls über den Lungenspitzen ohne pathologische Veränderungen in denselben** kommt zwar vor, scheint aber doch recht selten zu sein, da V. Kernig, wie er mittheilt, unter dem reichen Krankenmaterial eines Petersburger Krankenhauses im Laufe von 17 Jahren nur 30—35 Fälle dieser Art zu beobachten Gelegenheit hatte. Die Dämpfung war stets eine doppelseitige, beiderseits gleichmässig entwickelte; die Auscultation ergab abgeschwächtes, seltener normales Vesiculärathmen, nie Rasselgeräusche oder Bronchialathmen. Bei der Section fanden sich keine pathologischen Veränderungen. Die Pat. waren durchwegs Leute, die marantisch geworden waren (z. B. durch Durchfälle) und lange Zeit das Bett gehütet hatten, und auf diesem marantischen Zustand und der Bettlägrigkeit beruht zweifellos jene Erscheinung. Bei solchen Leuten kommt es durch das verminderte Sauerstoffbedürfniss und die geschwächte Athmungsmusculatur zu einer geringeren Füllung der Lungen mit Luft, wodurch die Lungen, in Folge ihrer Elasticität, sich auf ein geringeres Volumen zusammenziehen; da die Intensität des Percussionsschalls u. A. abhängig ist vom Volumen der in Schwingung gerathenen Parthie des lufthaltigen Gewebes, so ist es leicht möglich, dass bei einem gewissen Grad von Verkleinerung der Lungenspitzen der Luftgehalt derselben sich so vermindert, dass jene Dämpfung resultirt. Letztere constatirt man über den Supra- und Infraclaviculargruben und der Fossa supraspinata, und sie kann unter Umständen mit einer tuberculösen verwechselt werden.

(Russisches Archiv für Pathologie, klin. Medicin u. Bakteriologie.  
Bd. III, Heft 1.)



## Bücherschau.

---

— Kaum ein Buch hat sich in relativ kurzer Zeit so in der Medicinerwelt eingebürgert, als das Rotter'sche „Die typischen Operationen und ihre Uebung an der Leiche“, welches jüngst in 5. Auflage erschien (München 1898, Verlag von J. F. Lehmann, Preis eleg. gebd. M. 8), welche der vorangegangenen nach kaum 2 Jahren folgt. Was das Werk in Wort und Bild (115 Abbildungen!) leistet, ist allzu bekannt, als dass man es in empfehlende Worte zu kleiden brauchte. Der Autor hat wieder — auch das ist wohl überflüssig hervorzuheben — die neuesten Fortschritte der chirurgischen Technik verwerthet, sodass es auch für den, welcher eine ältere Ausgabe besitzt, durchaus angebracht ist, diese gegen die neue Auflage zu vertauschen.

— **Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik** nennt sich ein von E. v. Leyden unter Mitwirkung zahlreicher berühmter Mitarbeiter herausgegebenes (Leipzig, Georg Thieme) Werk, dessen I. Band, 1. Abtheilung (Preis: M. 10) uns heut vorliegt. Von dem Inhalt nennen wir: Prof. Petersen: „Zur Geschichte der Ernährungstherapie“, Prof. Rubner „Physiologie der Nahrung und der Ernährung“, Prof. Müller „Allgemeine Pathologie der Ernährung“, Prof. Leyden „Indicationen der Ernährungstherapie“, Prof. Klemperer „Ueber Nährpräparate“, Prof. Liebreich „Die medicamentösen Unterstützungsmittel der Ernährung“, Prof. Senator „Bäder, klimatische Curen, Bewegungstherapie“. Wie schon aus dieser Aufzählung hervorgeht, hat es der Herausgeber verstanden, einen Elitestab von Mitarbeitern um sich zu schaaren (unter letzteren findet man noch Namen wie: Biedert, Boas, Ewald, Fürbringer, Leube, Mosler, Nothnagel, Ziemssen u. A.), die schon für das Gelingen des Unternehmens eine gewisse Garantie bieten. Die Lecture des uns vorliegenden 422 S. starken Buches zeigt uns, dass man schon jetzt ein ausserordentlich günstiges Urtheil über das grosse Werk abgeben kann, welches dem Praktiker

ein unentbehrlicher Führer und Berather in den schwierigen Gebieten der Ernährungsfrage werden wird. Denn nicht ein theoretisches Elaborat haben wir vor uns, sondern in jedem Capitel stellen die Autoren das Bedürfniss des Praktikers voran, dies voll und ganz zu befriedigen sich bestrebend. Wir sehen daher den weiteren Bänden des hochbedeutenden Werkes mit grossem Interesse entgegen und werden auf dieselben noch öfters zurückkommen.

— Der **Börner'sche Reichs-Medicinal-Kalender** (Verlag von G. Thieme, Leipzig) ist nun mit seinem II. Theile erschienen, der in bekannter Genauigkeit und Uebersichtlichkeit vorzüglich die „Personalien des deutschen Civil- und Militärmedicinalwesens“, die medicinischen Facultäten von Deutschland, Oesterreich, Schweiz, Gerichtsentscheidungen, Erlasse, Gesetze enthält, auch die preussische Gebührenordnung, sowie eine tabellarische Uebersicht der betreffenden Bestimmungen in den anderen Bundesstaaten und noch manch Anderes bringt, dessen Kenntniss für den Arzt von Vorthail ist.

— Von der im Verlage von Urban & Schwarzenberg (Wien u. Leipzig) herausgegebenen **Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde** Prof. Eulenburg's (III. Auflage) ist vor Kurzem der 15. Band erschienen, welcher die Stichworte „Mechanotherapie“ bis „Mollin“ umfasst. Schon der erstgenannte Artikel, welcher von A. Bum verfasst ist, einen Umfang von 57 Seiten hat, zahlreiche vortreffliche Illustrationen enthält und am Schluss ganz eingehende Litteraturangaben bringt, zeigt wieder deutlich die Vorzüge des allbekannten Riesenwerkes. Von weiteren grösseren Arbeiten finden wir in diesem Bande u. A. „Mediastinalgeschwülste“ von Schwalbe, „Medicinpuscherei“ von Ascher, „Menstruation“ von Kleinwächter, „Migräne“ von Seeligmüller, „Milch“ von Munk, „Minenkrankheit“ von Lazarus, „Missbildungen“ von Marchand (164 Seiten, viele Illustrationen!), „Mittelohraffectionen“ von Baginsky. Diese Aufzählung giebt ein kleines Bild von der Vielseitigkeit des Gebotenen und von der Bedeutung der Mitarbeiter des Herausgebers.



Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N<sup>o</sup>. 8.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge  
aus der gesamten Fachlitteratur  
zum Gebrauch für den praktischen Arzt.  
*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*  
Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

<i>Mai</i>	<i>VII. Jahrgang</i>	<i>1898</i>
------------	----------------------	-------------

**D**ie früher erschienenen sechs Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen!

**Akne.** Biddle verordnet:

Rp.

*Sulfur. praecip.* 5,0  
*Zinc. sulfur.* 3,0  
*Kal. sulfuric.*  
*Kal. sulfurat. aa* 6,0  
*Aq. Rosar.* 80,0

S. Zuerst 2 Mal, dann 1 Mal tägl. Waschungen,  
allmählig immer seltener.

(Medical Age, Mai 1897. — Dermatolog. Centralblatt 1897, October.)

— Bei **A., Comedonen und deren Entzündung**, besonders bei jungen Mädchen, wendet S.-R. Dr. Heidenheim (Cöslin) seit langer Zeit mit bestem Erfolge feuchte Compressen von dünner Lysollösung (1 Theelöffel auf  $\frac{1}{2}$ —1 Liter Wasser) an, die unter Gummipapier feucht bleiben und, 2—3 Mal in 24 Stunden gewechselt, 2—3, ja 6 Tage angewandt werden.

(Therap. Monatshefte 1897 No. 12.)

**Anaesthesie, Narkose. Einiges über Bromäthylnarkose**

bespricht Dr. Fr. Jäger (Kirchberg a/L.) auf Grund eigener Erfahrungen, die nicht so günstig lauten, wie die bisher publicirten. Obwohl mit der Technik durchaus vertraut, hat Autor doch wiederholt während und nach der Narkose Alarmirendes (colossales Excitationsstadium, Cyanose, Aussetzen der Athmung, Collapse) erlebt, so dass die Warnung, Bromäthyl nur mit grosser Vorsicht anzuwenden, wohl gerechtfertigt erscheint. Die Vorschriften, die Merck den Fläschchen beilegt, sind zu wenig eingehend; vor Allem müsste betont werden, dass der Luftzutritt möglichst abgesperrt werden soll, dass man statt einer Maske eine mehrfach zusammengelegte Serviettendüte verwenden muss, auch ist das angegebene Quantum (30—60 gr) ein unnöthig hohes, und besonders über 30 gr sollten nie benützt werden!

(Medicin. Corresp.-Bl. des Württemb. ärztl. L.-V 1898 No. 1.)

- Eine neue Narkotisierungsmaske Dr. Engel's (Breslau) wird mit Stirnbinde (aus waschbarem Stoff) um die Stirn des Pat. befestigt und ist an einem doppelten Kugelgelenk frei beweglich. Sie bietet also folgende Vorteile: 1. Der Chloroformirende kann mit einer Hand, die jetzt frei ist, Puls, Cornealreflex etc. controliren. 2. Die Maske bleibt im Excitationsstadium, wo jede Unterbrechung der Narkose von Nachtheil ist, in ihrer Stellung und kann mühelos weiter benetzt werden. 3. Die Maske kann in jeder beliebigen Entfernung vom Gesicht fixirt und rasch durch Hinaufklappen im Kugelgelenk entfernt werden (Fabrikant: G. Härtel, Breslau. Preis: mit Schimmelbusch'scher Maske M. 10,50, mit Esmarch'scher M. 8,25).

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges 1898 No. 17.)

- Ueber regionäre Cocainanästhesie lässt sich Dr. O. Manz (Freiburg, Kraske'sche Klinik) aus. Bekanntlich hat Braun diese eingeführt und gezeigt, dass nicht die Nervenenden allein, sondern auch der Nervenstamm der Cocainwirkung zugänglich ist, wenn man ihr nur Zeit lässt und einen Kunstgriff anwendet, nämlich dem leicht diffusiblen Medicament durch eine Esmarch'sche Binde den Weg verlegt. So kann man sämtliche Nervenastomosen des Operationsgebietes beherrschen, d. h. sämtliche sensiblen Nervenstämmen, die auch nur in entferntester Verbindung mit ihm stehen, mit

der Spritze erreichen. Diese Möglichkeit gab aber Braun nur bei Fingern und Zehen zu; legt man ein elastisches Band um deren Basis, macht volar wie dorsal je 2 subcutane Einspritzungen (zu  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  cg Cocain) in ihre Seitenränder, so hat man den gesammten nervösen Apparat des kranken Gliedabschnitts der Cocainwirkung unterworfen und kann nach wenigen Minuten operiren, was man will. Manz kann dies bestätigen; er hat eine grössere Zahl von Finger- und Zehenoperationen mit bestem Erfolge so ausgeführt, wobei er sich aber die Frage vorlegte, ob es nöthig sei, diese Methode so zu beschränken. In der Gegend des Handgelenks z. B. liegen doch alle sensiblen und gemischten Nervenstämme recht oberflächlich, und wenn wir hier etwas oberhalb des Gelenks abschnüren und den Medianus, den Ulnaris nebst seinem dorsalen Zweige, den oberflächlichen Radialis peripher von der Ligatur cocainisiren, warum sollte nicht die Anaesthesia der Hand gelingen? Und sie gelang, als Autor genügend lange wartete, d. h. erst 20—30 Minuten nach erfolgter Einspritzung zum Messer griff, gut, ebenso wie die des Fusses, die Autor bei 2 Fällen metatarsaler Caries versuchte. Den zweiten, schwereren beschreibt Autor genauer, um zu zeigen, was sich erreichen lässt. Die Gummibinde war unmittelbar über den Knöcheln angelegt, in die Umgebung des Peroneus profundus, des Superficialis und Tibialis (bei letzterem der Sicherheit halber an 3 verschiedenen Stellen seines Verlaufs)  $\frac{1}{10}$ iges Cocain eingespritzt. Nach etwa  $\frac{3}{4}$  Stunden begann die Operation, und zwar mussten die ganze grosse Zehe nebst ihrem Metatarsalknochen entfernt, die Keilbeine ausgelöst werden; die Unterbindung der Arter. tibial. antica, Auslöfelung verschiedener Weichtheilsherde, Vernähung des grossen inneren Hautlappens, alles das ging vorüber, ohne dass der mit einem Tuch bedeckte Pat. sich rührte und eine Ahnung hatte, was mit ihm vorging; 2—3 Minuten nach Lösung der Ligatur empfand er die Berührung der Zehen wieder. Autor spritzte an der Hand 0,02—0,025 und am Fuss 0,05—0,06 ein, ohne je irgend etwas Böses zu erleben. 20—30 Minuten muss man freilich warten bis zur Operation, das ist die einzige Unannehmlichkeit des sonst vorzüglichen Verfahrens.

- Einen Beitrag zur Anwendung concentrirter Cocainlösungen liefert Dr. J. Berdach (Trifail). Ein 68jähriger Mann kam im Endstadium des Carcinoma laryngis in Behandlung. Dysphagie, Genuss fester und flüssiger Nahrung so enorm schmerzhaft, dass alle Nahrung verweigert wurde. Ernährung mittelst Nährsonde und Nährklystiere wegen unüberwindlichen Ekels dagegen nicht möglich. Einblasungen von Morphinum-Amylum nur 3 Tage wegen Idiosynkrasie gegen Morphinum. Pat. hätte verhungern müssen. Da versuchte Autor noch energische Pinselfungen mit 10%iger Cocainlösung sowohl des Kehlkopfes, wie auch der tieferen Rachen-theile. Es wurde eine kurze schmerzfreie Pause mit dieser täglich 1 Mal vorgenommenen Procedur erzielt, sodass 2 Monate lang Pat. seine Mahlzeit genießen konnte, ohne auch nur das geringste Zeichen einer Cocainintoxication zu zeigen. Eine solche braucht man also bei solchen Fällen nicht zu befürchten, was um so erfreulicher ist, als zur completen Anästhesirung des Schlundes es durchaus nicht genügt, die höheren Rachen-theile zu cocainisiren, vielmehr noch eine Bepinselung der tieferen Theile des Rachens und des Kehlkopfes nöthig ist, und zwar mit starken Lösungen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1896 No. 8.)

### **Anaemie, Chlorose. Pilulae roborantes Selle empfiehlt**

Dr. Zacharias. Selle (Apotheker in Kosten) stellt jene aus dem Blut und dem Fleischsaft von Rindern her, sodass in 3 Pillen die Salze von 2 gr Blut und 1 gr Muskelfleisch enthalten sind. Bei vielen Fällen von acuter und chronischer Anaemie und Chlorose, wie auch bei allgemeinen Schwächezuständen konnte sich Zacharias von der Wirksamkeit dieser Medication (3 Mal täglich während oder nach der Mahlzeit je 3 Stück) überzeugen; denn stets regten die Pillen, die auch vom schwächsten Magen vertragen wurden, den Appetit an, hoben das Allgemeinbefinden und bewirkten ein blühendes Aussehen, sodass die Wirkung eclatanter war, als bei irgend einem der ähnlichen Präparate.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 48.)



- Ueber einen durch Verabreichung von Eisen geheilten Fall von Neuroretinitis haemorrhagica berichtet Dr. K. Elze (Zwickau). Bei einem jungen Mädchen von 17 Jahren, das an schwacher Dysmenorrhoe litt, wurde bei der Augenspiegeluntersuchung einseitig eine Neuritis optica mit strichförmigen Blutungen in der Netzhaut festgestellt, eine Erscheinung, die plötzlich aufgetreten sein musste, da Pat. mit der Angabe kam, dass vor wenigen Tagen plötzlich das Sehvermögen auf diesem Auge geschwunden sei. Ausserdem fand sich zwischen Macula und Sehnerveneintritt desselben Auges ein grosser weisser choroidaler Macerationsherd, der aller Wahrscheinlichkeit nach auf eine frühere, später resorbierte Blutung zurückzuführen war, welche allerdings symptomlos verlaufen sein musste, da frühere Beschwerden irgend welcher Art nicht erinnerlich waren, ein Umstand, der in der Localisation des Herdes seine Erklärung findet, wie denn diese choroiditischen Herde gerade an dieser Stelle sehr häufig ohne subjective Symptome vorkommen. Das andere Auge vollständig gesund (zufallsweise waren beide Augen einige Jahre vorher wegen ganz geringer Hypermetropie untersucht und normal befunden worden). Die anscheinende Recidivation der Blutung, wie die Einseitigkeit lenkte die Aufmerksamkeit auf die nicht ganz normalen menstruellen Verhältnisse, die Autor einer Chlorose zuschob, die sich freilich nur durch eine etwas blasse Gesichtsfarbe zu erkennen gab (Blutuntersuchung fand nicht statt!); aber es ist ja bekannt, dass gerade oft die wenig ausgesprochenen Fälle von Chlorose auffallende Nebenerscheinungen aufweisen. Und in der That hatte Eisendarreichung sehr rasch eine eclatante Besserung des Zustandes zur Folge. Wenn auch damit nicht bewiesen ist, dass das Eisen hier das wirksame Agens gegenüber der Neuritis gewesen, so gilt doch der Einfluss des Eisens bei gewissen menstruellen Störungen, zumal bei vorhandener Chlorose, als sicher! Ausserdem fand Romberg auffallend oft bei chlorotischen Individuen Verwaschenheit, Verfärbung und Schwellung der Sehnervenpapille, also die gleichen Erscheinungen wie bei einer beginnenden schwachen Neuritis nervi optici. Denkt man endlich an andere Nervenaffectionen bei Chlorosis, sich äussernd in Neuralgien (Trigeminusneuralgie!), so wird

man auch hier wohl materielle Veränderungen wie beim Sehnerven, und nicht functionelle Störungen annehmen dürfen. Wir beobachten aber auch unter Umständen, welche Beschwerden verursachen, die eine gewisse Aehnlichkeit mit den Störungen bei Chlorose haben, nämlich in der Klimax, wo ja Neuralgien häufig genug sind, ebenfalls des Oefteren leichte neurotische Symptome an der Sehnervenpapille (Schwellung, Verwaschensein der Grenzen), die höchstwahrscheinlich von Veränderungen im Sexualsystem abhängen. So kann man leicht einen Zusammenhang zwischen letzteren und der Chlorose construiren, der ja neuerdings noch sonst häufiger betont wird. Jedenfalls wird der Arzt aber bei leichten neuritischen Veränderungen der Sehnervenpapille an die Möglichkeit von Chlorose und Menstruationsanomalieen zu denken und seine therapeutischen Maassnahmen danach einzurichten haben.

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges 1898 No. 20.)

**Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** Die Verwendbarkeit des Pegamoid in der Krankenpflege ist nach Dr. Stiel (Berlin) eine hervorragende. Pegamoid ist eine in England erfundene, jetzt aber auch bei uns fabricirte Substanz, mit der die verschiedenartigsten Gewebe appretirt werden können. Dieselben erhalten, wie Untersuchungen von Prof. Witt (technische Hochschule in Charlottenburg) ergaben, folgende Eigenschaften:

1. vollkommene Undurchdringlichkeit für Wasser und alle wässrigen Lösungen; in Folge derselben erzeugen Chemikalien ebensowenig wie Tinte oder andere Farblösungen dauernde Flecke auf den mit Pergamoid behandelten Geweben, Papier, Tapeten oder sonstigen Materialien;
2. vollkommene Undurchdringlichkeit für Fette und ihnen verwandte Substanzen;
3. die mechanisch an der Oberfläche pegamoidirter Materialien haftenden Fremdkörper lassen sich durch blosses Abwaschen, wenn nöthig unter Zuhilfenahme von Seife und Desinfectionsmitteln vollkommen entfernen.

Stiel hat nun pegamoidirte Papiere und Gewebe verschiedenster Art und Stärke, nämlich Leinen-, Baumwollen- und Wollengewebe, theils weisse, theils farbige auf ver-

schiedene Art desinficirt, um zu sehen, ob Structur und Farbe verändert wurde; er fand, dass Ueberstreichen mit Schmierseife und darauffolgendes energisches Reiben mit Wasser und Bürste das nicht thut, ebenso wenig wie Behandlung mit 5%iger Carbol-, 5%iger Lysol-, 1‰iger Sublimat-, 5%iger Formalin-Lösung und mit strömendem Wasserdampf; nur absoluter Alkohol schädigte die Stoffe. Nach Allem scheint also das neue Verfahren berufen, in der Krankenpflege eine grosse Rolle zu spielen. Matratzen, Bettzeug sind, wenn mit pegamöidirtten Geweben bezogen, undurchlässig für Urin und andere Flüssigkeiten, sie können leicht abgewaschen und desinficirt werden; welch Vorthail gegenüber Gummiunterlagen mit ihrem Geruch, ihrer Brüchigkeit und Unzulänglichkeit! Nach ansteckenden Krankheiten können die pegamöidirtten Utensilien genügend desinficirt werden, selbst die Tapeten und Fussbodenbeläge, die mit pegamöidirtten Geweben bezogenen Möbel etc., desgleichen die Polsterbezüge von Wagen der Eisenbahn, der Dampfer, die ja so oft Träger von Infectionstoffen sind. Dazu kommt, dass das Verfahren die Haltbarkeit der Gewebe nicht beeinträchtigt und kein theueres ist.

(Zeitschrift für Krankenpflege, Novemb. 1897.)

- Als Desinficiens für das Krankenzimmer eignet sich sehr, da die üblen Gerüche, die von den Faeces ausgehen, eine Quelle schwerer Belästigung für Pat., die auf längere Zeit ans Zimmer gefesselt sind, bilden, wie z. B. bei Typhus, folgendes sehr billige und recht wirksame Mittel:

Rp.

*Zinc. sulfur. 100,0*  
*Acid. sulfur. 5,0—10,0*  
*Essent. Mirban. 2 cc.*  
*Indigoblau 0,15.*

D. S. 5 gr davon vor dem Gebrauch in die Bettpfanne zu thun.

Urin und flüssige Faeces lösen das Salz sofort, es wird Desinfection erzielt und angenehmer Geruch.

(Zeitschrift f. Krankenpflege 1898 No. 2.)

- Die Desinfection des Operationsfeldes mit 1‰iger Formalinlösung ist nach Prof. Landerer und Dr. C. Krämer

(Stuttgart, Karl-Olga-Krankenhaus) die am meisten schutzgewährende; sie liess von über 60 Fällen nur 3 Mal (sämmlich Radicaloperationen alter grosser Hernien) im Stich, sonst war die Prima intentio ungestört und auch bakteriologische Prüfung ergab völliges Sterilsein der Haut. Die gewöhnliche Hautdesinfection ist ja nur eine oberflächliche, während doch die Mikroorganismen auch zum Theil tief in die Hautdrüsen eindringen und hier nur durch ein Desinficiens in Gasform getroffen werden können. Es wurde nun so vorgegangen: Nach dem üblichen Reinigungsbad und Seifenabreibung des ganzen Körpers wurde die betreffende Stelle mit einer in 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>ige Formalinlösung getauchte Compresse bedeckt, darüber wasserdichter Stoff. Schon nach 6 Stunden ist die keimtödtende Wirkung zu constatiren, doch wurden die Umschläge 12—36 Stunden unter 1—2maligem Wechseln gemacht. Vor der Operation dann noch die übliche Seifenabscheuerung, Rasiren, Aetherabreibung und Abwaschen mit Sublimat.

(Centralblatt für Chirurgie 1898 No. 8.)

- **Protargol** empfiehlt Dr. Benario (Frankfurt a. M.) auch als sehr gutes Antisepticum. Er benützte es bei über 150 Fällen von Panaritium, Quetsch- und Risswunden, eiternden Verletzungen u. s. w. und war stets sehr zufrieden. Die Anwendung bei Panaritien z. B. war folgende: Nach der Incision wurde die Wunde mit 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>iger Protargollösung in Form des feuchtwarmen Umschlags bedeckt, solange, bis sich das nekrotische Gewebe zum grössten Theil abgestossen hatte; dann ward Protargol aufgestreut, und sehr bald war die Heilung erfolgt. Bei 2 Fällen von Ulcus cruris bewährte sich 5—10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>ige Salbe, bei anginösen Processen Pinselungen mit 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>iger Lösung. — Wie schon Neisser erfahren, ist auch nach den klinischen Versuchen Benarios das Protargol ein ausgezeichnetes Antigonorrhoicum, welches sehr rasche Heilung der Gonorrhöe gewährleistet.

(Therap. Beilage zur „Deutschen medic. Wochenschrift 1897 Nr. 11.)

- Auch Dr. A. Strauss (Barmen) hat das **Protargol** „bei allen möglichen Wunden als Streupulver gebraucht und es

als ein vorzügliches Antisepticum schätzen gelernt“. Besonders günstig wirkte es aber bei Unterschenkelgeschwüren.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie Bd. 26 1898 No. 3.)

- **Xeroform** verwendet jetzt Dr. M. Kaiser (Neumarkt in St.) ausschliesslich statt des Jodoforms, nachdem er sich von der prompten Wirkung, der Reizlosigkeit und Unschädlichkeit des Mittels genügend überzeugt hat; bei verschiedenen Wunden, Geschwüren, Fisteln etc. (60 Fälle) bewährte es sich durchaus.

(Medicinisch-chirurg. Centralblatt 1898 No. 4.)

- Auch G. G. Cumston hat das **Xeroform** als Ersatzmittel des Jodoforms bei frischen Wunden, Operationen, tuberculösen Fisteln und Abscessen schätzen gelernt und rühmt die rasche Wirkung des nie toxische Erscheinungen hervorruufenden Mittels.

(Boston Med. and Surg.-Journ., 14. Januar 1898.)

- Dr. A. Friedländer (Berlin) wiederum hat das **Sanoform** in Substanz, als 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>ige Salbe und 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>ige Gaze bei frischen Verletzungen, eiternden Wunden, Furunkeln, Phlegmonen, Ulcera cruris, Ulcera mollia benützt, und stets gefunden, dass die Wirksamkeit der des Jodoforms glich, wobei aber das Sanoform sich durch vollkommene Reizlosigkeit auszeichnete.

(Therap. Monatshefte 1898 No. 3.)

**Ekzem.** Lippen-Ekzeme und Mundwasser ist eine Mittheilung von A. Neisser (Breslau) betitelt. Ihm wurde ein 6jähriger Knabe zugeführt, der an einem seit Monaten bestehenden, die Mundöffnung umgebenden „squamösen E.“ litt; die Haut der Ober- und Unterlippe resp. des Kinnes geröthet, geschwollen, leicht schuppig, stark juckend, Sprechen, Essen, Lachen etc. durch starke Spannung der Lippenschleimhaut erschwert. Jede Therapie nun blieb erfolglos, bis die Mutter auf die Idee kam, ob nicht das benützte Zahnwasser (Odol) an Allem Schuld sei. Und in der That: mit dem Aussetzen des Odols verschwand sofort das E. „Odol“ enthält:

*Salol* 3,5  
*Alkohol* 90,0  
*Aq. dest.* 4,0  
*Saccharin.* 0,2  
*Ol. Menth. pip.*  
 — *anis.*  
 — *foenic.*  
 — *caryophyll.*  
 — *cinnam.*

Am verdächtigsten schienen da die ätherischen Oele, und Autor hatte später noch in 3 Fällen Gelegenheit zu beobachten, wie Mundspülwässer und Zahnpulver, welche ätherische Oele enthielten, solche Lippen- und periorale Dermatitiden veranlassten.

(Therap. Monatshefte 1896 No. 2.)

— Bei Behandlung des acuten Kopfekezems lässt M. Joseph die Haare nicht abschneiden, sondern sogleich 2 Mal täglich mittelst Borstenpinsels folgende Salbe appliciren:

Rp.

*Hydrarg. sulfur. rubr.* 1,0  
*Sulfur. sublimat.* 24,0  
*Ol. Bergam. gtt.* XXV  
*Vaselin. flav. ad* 100,0.

Waschen streng verboten! Nach 4—5 Tagen erst Entfernung der mit Oelläppchen erweichten Borken durch Waschung mit lauwarmem Wasser und milder Seife. Ist noch Nässen vorhanden, nochmaliger Turnus von Salben-einreibungen. Ist die Haut trocken, geröthet, schuppend, dann Abends Einfetten mit Oel, 5<sup>o</sup>/<sub>10</sub>igem Borvaselin oder:

Rp.

*Acid. salicyl.* 1,0  
*Tct. benzoës* 3,0  
*Vaselin. flav. ad* 30,0.

Bei seborrhoischem E. des Kopfes tägliche Einreibungen mit

Rp.

*Tct. cantharid.* 4,0  
*Spir. Lavand.*  
 — *Rosmarin. aa* 50,0.

und nachfolgende Einfettungen mit

Rp.

*Resorcin. 1,0*  
*Sulfur. praecip. 4,0*  
*Vasel. flav. ad 50,0.*

(Berliner Klinik 1897, Heft 110.)

— Zur Behandlung der chronischen Finger- und Handekzeme empfiehlt Prof. Dr. Edlefsen (Hamburg) Bepinselungen mit Jodglycerin. Er verordnet:

Rp.

*Jod. pur. 0,1*  
*Kal. jodat. 0,25*  
*Glycerin. 12,5.*

Damit lässt er 1—2 Mal täglich, in leichteren Fällen meist nur Abends beim Schlafengehen die kranken Stellen bepinseln und darauf die Finger und Hände mit reiner Leinwand oder Handschuhen bedecken. In der Regel schon nach einigen Tagen Besserung, in leichten Fällen nach 14 Tagen Heilung (sogar in einem Falle, der 8 Jahre bestand).

(Therap. Monatshefte 1898 No. 2.)

**Ephelides** und Chloasmata behandelt J. Braun mit folgender Salbe:

Rp.

*Hydrarg. praec. alb. 5,0*  
*Lanolin. 35,0*  
*Vasel. americ. 15,0.*

Diese Salbe wird Abends auf eine aus weicher Leinwand gefertigte Gesichtslarve gestrichen und so applicirt, am Morgen wird das Gesicht dann mit Spirit. sapon. kalin. abgewaschen, dann bepudert.

(Allgem. Wiener medic. Ztg. 1897 No. 41.)

**Fracturen und Luxationen.** Die ambulante Behandlung der Fracturen der unteren Extremitäten ist — so führt Privatdoc. Dr. Tietze (Breslau) in einem gleichbetitelten Aufsatz aus — eine ganz vorzügliche Methode. Ob dieselbe aber für den prakt. Arzt ohne Weiteres sich eignet, das ist eine Frage, die Autor verneinen möchte. Die Technik der Gehverbände ist eine recht schwierige, man bedarf auch bei ihrer Anlegung einer ausreichenden und geschulten Assistenz, und endlich muss man, will man Erfolge haben,

die Pat. dauernd im Auge behalten können. Eine Anzahl von Pat. ist überhaupt von der Methode auszuschliessen: z. B. sehr Corpulente, wo die Verbände sehr schwer exact genug angelegt werden können, Kinder und unvernünftige Erwachsene, Fälle von hochsitzenden Oberschenkelfracturen mit starker Beugstellung des oberen Fragments, wo, in der ersten Zeit wenigstens, die Dislocation nicht genügend durch Zug und Gegenzug ausgeglichen werden kann, u. s. w. Autor macht aber noch auf folgendes Factum aufmerksam: Schon bei den ersten nach dieser Methode behandelten Fällen war ihm die übermächtige Entwicklung des Callus aufgefallen, der mit mächtigen Stacheln und Zacken in die umgebende Musculatur und die Interstitien sich eindrängte. Jüngst bot sich ihm aber ein recht eclatanter Fall dieser Art dar. Ein junger Mann, der durch Fall auf der Eisbahn eine Fractur beider Unterschenkelknochen dicht oberhalb des Gelenkes acquirirt hatte, erhielt Tags darauf in einer chirurg. Klinik einen Gypsverband, mit dem er das Bein schmerzlos bewegen konnte; nach wenigen Tagen machte er Gehversuche, die so gut ausfielen, dass er nunmehr permanent ausser Bett blieb und viel herumging; nach 14 Tagen war die Fractur fast verheilt, freilich mit starkem Callus. Pat. consultirte  $\frac{1}{2}$  Jahr später den Autor, weil er seitdem nie ohne Beschwerden geblieben sei und bei jeder irgendwie anstrengenden Bewegung, sehr heftige Schmerzen an der Bruchstelle verspüre. Die Fractur erschien tadellos verheilt, aber das ganze untere Fünftel beider Unterschenkelknochen war gleichmässig, etwa bis zum Doppelten des Normalen verdickt; Schmerzpunkte fehlten, die active und passive Beweglichkeit des Fussgelenks war ganz frei; stärkere Bewegungen im Gelenk waren aber offenbar durch Zerrung der durch den überreichlichen Callus in ihrer Lage veränderten und im Inneren desselben eingebetteten Sehnen und Nerven sehr schmerzhaft, Grund genug, bei Gelenkfracturen oder solchen in der Nähe eines Gelenkes mit ihren zahlreichen Sehnenansätzen von Gehverbänden keinen Gebrauch zu machen. — In der Breslauer chirurg. Klinik, wo er früher Assistent war, hat Tietze gelernt, Oberschenkelfracturen, ehe sie ambulant behandelt wurden, in der Regel erst 14 Tage lang



zu strecken und auch den Pat. mit Unterschenkel-fracturen erst nach der 3. Woche zu erlauben, in entsprechenden Verbänden zu gehen; er hat auch in den letzten 2 Jahren in seiner Praxis dieses combinirte Verfahren mit bestem Erfolge angewandt.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1897 No. 23.)

- **Schnelle Heilung einer extracapsulären Oberschenkel-fractur bei einer Greisin** beobachtete Dr. F. Gaehde (Blumenthal). Eine 82jährige, sehr schwächliche und abgemagerte Frau, dazu blind und taub, fiel am 29./IX. 93 vom Stuhl und konnte von da das rechte Bein nicht mehr bewegen. 8 Tage nach dem Unfall wurde Autor geholt und fand das Bein nach aussen rotirt, bewegungslos, um 20 cm verkürzt. Es wurde sofort ein Extensionsverband angelegt, doch brachte die demente Alte 2 Mal in den nächsten Tagen denselben mit Gewalt ausser Function. Als Autor 11 Tage nach Anlegung des Verbandes die Pat. untersuchte, fand er zu seinem Erstaunen die Verkürzung um 8 cm zurückgegangen und oberhalb des Trochanter festen, schmerzlosen Callus. Bei der grossen Unruhe der Pat. und dem durchaus günstigen Allgemeinbefinden hielt Autor noch Stägigen Extensionsverband für geboten. Am 24./X. Fractur völlig consolidirt, Verkürzung 8 cm, Gelenke des Beins völlig beweglich. Etwa 14 Tage später stand Pat. allein auf und konnte in der Stube umherhumpeln. Nach  $\frac{1}{2}$  Jahr fand Autor den Callus verkleinert, aber noch zu fühlen, Function des Beines gut.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1897 No. 100.)

- **Von einer Rissfractur des Calcaneus** berichtet Dr. R. Porges (Wien, Allgem. Poliklinik), dem der Fall 4 Monate nach der Verletzung zu Gesicht kam. Pat., ein kräftiger, starkknochiger, musculöser Mann war trotz so langer Behandlung und angeblich geringfügiger Symptome noch nicht erwerbsfähig geworden. Am 7./V. 97 war er über 5 Stufen einer leiterartigen Stiege, über welche er, den Rücken stiegenwärts gekehrt, herabsteigen wollte, heruntergerutscht, wobei er auf die Ferse des rechten Fusses auffiel und nicht mehr im Stande war, auf dem rechten Fuss aufzutreten;

das ganze rechte Sprunggelenk war bald stark geschwollen und besonders in der Fersenengegend sehr schmerzhaft. In einem Spital wurde ein Gypsverband angelegt, der 4 Wochen liegen blieb, nachher noch ein starrer Verband 4 Wochen; dann versuchte Pat. zu gehen, was aber nur unter viel Schmerzen und Schwierigkeiten gelang. Jetziger Status: Pat. tritt sehr vorsichtig auf die ganze Sohle auf und rollt den Fuss im Sprunggelenk nicht ab; Gang dadurch stark hinkend. Am rechten Bein allein kann Pat. nicht stehen, bei geschlossenen Fersen ohne beträchtlichen Schmerz sich auf die Zehenspitzen stellen. Musculatur der Oberschenkel beiderseits gleichmässig entwickelt. Wade der verletzten Extremität 1 cm an Umfang schwächer, als die der linken. Distanz der Malleolen beiderseits 7,5 cm, aber Distanz zwischen den Furchen zu beiden Seiten der Achillessehne links 3,5 cm, rechts 5,5 cm. Entfernung von der Sohle, am Unterrande des Malleolus externus an der verletzten Seite um 1 cm verkürzt. Fersenbeinhöcker bei Betastung rechts, besonders in der Richtung von unten nach oben wesentlich grösser, als links; oberhalb des Fersenhöckers nämlich rechts knochenharte, geschwulstartige Vorwölbung, der eine weich-elastische, zu beiden Seiten und unterhalb der Achillessehne gelegene, ca. walnussgrosse Geschwulstmasse aufsitzt. In der ganzen Gegend des Fersenbeins nirgends abnorme Beweglichkeit oder Crepitationsgeräusch. Obere harte Parthie des Fersenhöckers auf Druck und besonders beim Versuche einer seitlichen Bewegung schmerzhaft. Nun wurde eine Röntgen-Aufnahme gemacht. Sie zeigte eine Fractur des Höckers des Calcaneus in horizontaler Ebene. Der Fersenbeinhöcker ist wie ein geöffneter Entenschnabel aufgeklappt, das Spatium zwischen den Fragmenten durch straffes, dichtes Bindegewebe ausgefüllt, welches dieselben vollkommen unverschieblich gegen einander befestigt; da dasselbe aber für Röntgen-Strahlen durchlässig ist, daher keinen Schatten giebt, sieht man deutlich die aufgeklappten Knochentheile. Die bei der äusseren Untersuchung als knochenharte Geschwulst imponirende obere Parthie war also der nach aufwärts gezogene, abgebrochene Theil des Fersenhöckers. Die oberhalb des Knochens aufgelagerte Weichtheils-

masse hält Autor für den unterhalb der Achillessehne gelagerten Schleimbeutel, der vergrössert und durch das Auseinandertreten der Achillessehne und der ihr als Anheftungsstelle dienenden Knochenparthie auseinandergezerrt ist. Bei normaler Stellung des Fersenbeins nämlich liegt der Schleimbeutel zwischen Achillessehne und der schräg von vorn nach hinten verlaufenden Parthie des Fersenbeins, mit dem Periost und der Sehnen-scheide innig verwachsen. Nachdem jedoch die abgebrochene, obere Parthie des Calcaneus, die der Achillessehne als Ansatzpunkt dient, um eine frontale Achse gedreht war, war die Distanz zwischen hinterer Calcaneusfläche und vorderer Fläche der Achillessehne auseinandergezerrt und dadurch die beiden Wände der Bursa auseinandergezogen, der Hohlraum war also erweitert, was eine Vergrösserung seines Flüssigkeitsinhalts zur Folge haben musste. Auf diesen Befund legt Autor besonderen Werth, da er die Veranlassung gegeben hat, in 2 ähnlichen Fällen die Diagnose einer der Achillo-dynie Albert's ähnlichen Entzündung trotz vorhergegangener Verletzung anzunehmen. A. Schmitt nämlich schrieb: „Ein Pat. glitt auf höckrigem Boden aus und knickte mit dem Fusse so um, dass der Fuss stark supinirt war. Pat. hatte sofort äusserst heftige Schmerzen an der Ferse, konnte aber noch, wenn auch mühsam, gehen und suchte erst nach mehreren Tagen ärztliche Hilfe auf. Er wurde mit Ruhigstellung des Fusses und Eisumschlägen, später mit Massage behandelt. Eine Fractur konnte ausgeschlossen werden, nur sehr langsam trat eine geringe Besserung ein und besonders hartnäckig war die Schwellung am Fersenbein, entsprechend der Ansatzstelle der Achillessehne. Diese bestand noch, als der Pat. etwa 1 Jahr nach der Verletzung untersucht wurde. Sehr auffällig war die starke Verbreiterung der Gegend der Achillessehne, die gegen die gesunde Seite über 1 cm betrug. Die Furchen zu beiden Seiten der Achillessehne waren durch eine weiche Schwellung ganz ausgefüllt. Dicht am Sehnenansatz selbst war die Verdickung durch eine knöcherne Anschwellung bedingt, während dicht über derselben eine deutlich umschriebene, weiche, fast fluctuirende Anschwellung von der Grösse einer wälschen Nuss zu fühlen war. Der Gang mit stark abducirtem und pronirtem Fuss, an dem jedoch das Fussgewölbe erhalten war, war

sehr mühsam, stark hinkend. Die Ferse wurde zuerst aufgesetzt, der Fuss nur sehr vorsichtig abgewickelt. Nach langer Ruhigstellung und sehr vorsichtiger Massage trat Besserung ein, doch zeigte sich die rundliche Anschwellung, die sich wie ein gefüllter Schleimbeutel unter der Achillessehne anfühlte, sofort wieder, gleichzeitig mit dem Schmerze, wenn dem Fusse eine, wenn auch einigermaassen stärkere Leistung zugemuthet wurde. Fast genau dieselben Erscheinungen zeigte ein 2. Patient, der, von einem rollenden Fasse getroffen, so umkippte, dass der Fuss äusserst stark pronirt war. Es hatte sich rasch nach der Verletzung eine beträchtliche Schwellung am Ansätze der Achillessehne entwickelt, die nach einem halben Jahre so bedeutend war, dass die Differenz zwischen rechts und links 2 cm betrug. Die knochenharte Verdickung erstreckte sich noch nach abwärts auf die Calx, deren querer Durchmesser in der Mitte um 1,7 cm vergrössert war. Nahe der Sohle bestand keine Verschiedenheit. Auch in diesem Falle waren die Achillessehnenfurchen ausgefüllt durch weiche Schwellung, und dicht über der Knochenverdickung am Sehnenansätze war ein umschriebener, nussgrosser, scheinbar fluctuirender Tumor zu fühlen, anscheinend ein gefüllter Schleimbeutel.“ Schmitt glaubte bei diesen Fällen nicht an Rissfractur des Fersenbeins, sondern an eine Art Achillodynie, wie Albert die Entzündung des unter der Achillessehne liegenden Schleimbeutels mit Schwellung des Periostes bezeichnete; eine heftige Zerrung an der Sehne, wie sie in forcirter Pronation oder Supination besonders bei gleichzeitiger Dorsalflexion wohl eintreten könne, vermöge eine Reizung des Periosts herbeizuführen, die zu einer Verdickung der Insertion der Achillessehne führe. Porges aber schliesst aus der Aehnlichkeit, es habe sich auch dort um eine Form der Fersenbeinfractur gehandelt, wie sie obigem Fall entspricht, wo die Sache folgendermaassen lag: Pat. fiel auf den unteren Theil des Fersenbeinhöckers auf, da er mit dorsalflectirtem Fusse zu Boden kam. In dieser Stellung bildet die Calx mit der Tibia einen so stumpfen Winkel, dass die untere Parthie der ersteren ungefähr in die Fortsetzung der Längsachse der Extremität zu liegen kommt. Beim Auffallen wird also diese Parthie des Knochens durch die ganze Last des fallenden Körpers fest auf den Boden angedrückt und für kurze Zeit immobil gehalten. Wenn

nun in diesem Augenblicke eine energische Contraction der Wadenmuskulatur erfolgt, was bei jedem Auffallen oder Aufspringen auf die Füße der Fall ist, so kann es leicht geschehen, dass die obere Parthie des Fersenhöckers, die der Achillessehne als Ansatz dient und die dem Drucke der Körperlast nicht ausgesetzt ist, abreißt, sodass auf diese Weise der Knochen auseinandergeklappt wird. Eine präcise Diagnose, wie sie hier durch die Röntgen-Strahlen möglich war, ist natürlich sehr wichtig, um nicht ungünstige Heilungsergebnisse zu haben. Von Verbänden allein ist ja bei diesen „entenschnabelförmigen“ Fersenbeinbrüchen Heilung nicht zu erwarten, man muss operativ die Fragmente fixiren, wie dies auch erfolgreich bereits geschehen ist.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898 No. 8.)

- Den äusserst seltenen Fall einer *Luxatio patellae et tibiae* beobachtete Dr. L. Wendling (Ach): Ein 17jähriger Bursche war auf dem nassen Cementfussboden ausgerutscht und hingesunken, konnte sich auch nicht erheben. Er lag da, das linke Bein gestreckt. Unterschenkel um  $90^{\circ}$  nach innen gedreht, sodass die Innenfläche des Vorderfusses bei gerader Haltung des Oberschenkels vollständig auf der Unterlage auflag, Kniegelenk vollständig deformirt: der Rand des Condylus externus femoris als deutlicher Vorsprung fühlbar, ebenso, aber in geringerem Grade, der Condylus internus; auch der Condylus extern. tibiae ganz vorn in der Längsachse des Fusses fühlbar, sodass die Tibia um den 4. Theil eines Kreises rotirt sein muss. Active Beugung des vollständig gestreckten Beines nicht möglich, bei passiver, auch nur in sehr geringem Grade möglicher, Beugung heftige Schmerzen, die Patella auf ihrem inneren Rand fest eingekeilt in der Fossa poplitea, mit einem Theile desselben diese überragend, sodass ihre vordere Seite nach innen, die hintere mit den Gelenksflächen nach aussen steht (Drehverrenkung). Die Sehne des Quadriceps fühlt sich erschlafft an und ist mit ihrem äusseren Rand nach aufwärts geschlagen, entsprechend ihrer Verbindung mit der Patella. Ligamentum capsulare sehr stark gespannt, aber nicht gerissen. Patella fest eingekeilt, nach keiner Richtung hin irgendwie bewegbar. Die äussere Decke legt sich genau

an die Form der Patella an. Reposition der Tibia gelang leicht durch sehr starken Zug von je 2 Mann und langsames nach aussen Rotiren des Unterschenkels. Jetzt konnte der Fuss ziemlich leicht bis etwa  $130^{\circ}$  activ gebeugt werden. Die Reposition der Patella gelang nach langen Versuchen dadurch, dass bei nach Möglichkeit ausgeführter Ueberstreckung des Fusses man sie mit einer Hand von oben nach abwärts drückte, mit der anderen etwas emporhob. Sofort Kniegelenk activ und passiv vollständig beweglich. Jetzt 3 Tage Eisumschläge. Nicht die geringste Reaction des Gelenks. — Solche Luxationen haben in der Regel einen leichten Grad von Genu valgum zur Voraussetzung, sowie eine Abflachung der vorstehenden Ränder der Condylen neben einem hohen Grad von Erschlaffung der fibrösen Gelenkbänder, endlich auch Hydrops des Kniegelenks. Alles das lag bei obigem Fall nicht vor, die Gelenke waren sonst alle normal, von einer früheren Erkrankung oder Anomalie des afficirten Gelenks war nichts eruirbar. Nur war Pat. sehr mager, was wohl ätiologisch in Betracht gezogen werden muss, wodurch auch die Voraussetzung einer gröberen Gewalt auf die exponirten Theile des Kniegelenks erfüllt wird. Therapeutisch ist nur starker Zug und Gegenzug nöthig für die Luxation der Tibia, für die der Patella neben möglichster Streckung des Kniegelenks und Beugung im Hüftgelenk die betreffenden Manipulationen am Knie selbst. Nach der Reposition mache man stets für einige Tage Eisumschläge zur Verhütung von Gelenkscomplicationen.

(Wiener medic. Presse 1898 No. 8)

- **Einen Fall von Luxation des Sesambeins des Zeigefingers** beobachtete Dr. H. Steudel (Reconvalescentenhaus Hannover). Der Pat., ein 23jähriger Arbeiter, fiel am 7./XI. 97 Abends in einen etwa 4 m tiefen Keller auf die vorgestreckte linke Hand; die Finger will er während des Falles geschlossen gehalten haben bis auf den Zeigefinger, der gestreckt gewesen sein soll. Am nächsten Tage wurde nach der Erzählung des Pat. der volarwärts luxirte Zeigefinger eingerenkt, dann wurden einige Tage kalte Umschläge gemacht und darauf ein Gypsverband angelegt. Nachdem derselbe während 6 Wochen

mehrere Male gewechselt worden war, wurde dann eine 5wöchentliche Massagecur angeschlossen, da die Beweglichkeit des Fingers sich nicht wieder herstellen wollte. Am 5./II. 98 Aufnahme in die Anstalt. Aufnahmebefund: Pat. kann den linken Zeigefinger nur etwa 20—30° im Metacarpophalangealgelenk beugen, auch passiv bekommt man den Finger nicht weiter. Die übrigen Fingergelenke normal beweglich, ebenso das Handgelenk. Eine Verdickung in der Gegend des Metacarpophalangealgelenks des linken Zeigefingers auf der volaren Seite, der Daumenseite des Köpfchens des II. Metacarpus entsprechend. Auf der dorsalen Seite fühlt man ein ziemlich starkes Klaffen des Gelenks. In seitlicher Richtung Zeigefinger in grösseren Excursionen, wie bei Arbeitern gewöhnlich ist, beweglich. Am Metacarpus selbst und an den Phalangen nichts Abnormes. Diagnose zunächst: Bruch des Capitulum des II. Metacarpus. Einige Tage später Röntgenaufnahme, welche Folgendes zeigte: Von der volaren Seite des Köpfchens des II. Metacarpus ist allerdings ein Stück ab- oder eigentlich eingebrochen; in der Mitte des Metacarpophalangealgelenks liegt aber das luxirte Sesambein des Zeigefingers, daneben noch ein kleines Stückchen abgesprengten Knochens. Das Klaffen des Gelenks war also bedingt durch diese Luxation des an und für sich ja schon seltenen Sesambeins des Zeigefingers (auch auf der gesunden Seite hat Pat. ein solches Sesambein!). Ohne Röntgenaufnahme wäre also die Diagnose kaum möglich gewesen. Den Mechanismus der Verletzung kann man sich vielleicht so vorstellen, dass die dorsale Kante der volarwärts luxirten Grundphalange des Zeigefingers das Capitulum des Metacarpus wie ein Keil aus einander getrieben hat. Prognostisch ist die Aussicht auf Wiederherstellung der vollen Functionsfähigkeit des Gelenks auch nach Entfernung des Sesambeins und des anderen abgesprengten Knochenstückchens nicht besonders gut, da das gespaltene Capitulum wohl nicht wieder eine ganz glatte Gelenkfläche bilden wird.

(Centralblatt f. Chirurgie 1898 No. 10.)

**Fremdkörper.** Einen Beitrag zur Casuistik der F. in der Nase liefert Dr. M. Simonsohn (Tiegenhof). Pat. war

ein 4-jähriges Mädchen, das seit mehreren Monaten einen sehr übelriechenden Eiterausfluss aus der Nase, besonders der linken Hälfte, hatte. Für scrophulös gehalten, wurde er längere Zeit mit Leberthran behandelt, ohne dass sich etwas änderte. Wohlgenährtes Kind mit recht gesunder Gesichtsfarbe. In beiden Nasenöffnungen, namentlich aber der linken, gelbbraunliches, stinkendes Secret. Bei der weiteren Untersuchung war das Kind, bei dem auch Herabsetzung des Hörvermögens zu constatiren war, so widerspenstig, dass eine genauere Aufnahme des Status nicht möglich war. Es wurden zunächst Nasenspülungen mit schwacher Kochsalzlösung ordinirt. Nach einigen Tagen war das Kind ruhiger, man konnte untersuchen. Die Luftpassage war behindert, aber noch gut möglich. Im linken mittleren Nasengange befand sich eine dunkle, mit Borken besetzte Masse, die den Raum zwischen Septum und mittlerer Nasenmuschel ausfüllte. Sie wurde mittelst Pincette herausgezogen, — es war ein Stückchen Badeschwamm von recht derber Structur. Nach Irrigation der Nase zeigten sich auf der mittleren Nasenmuschel und der gegenüberliegenden Septumstelle grosse Geschwüre. Diese heilten unter Irrigationen mit Kochsalzlösung, die stinkende Eiterung verschwand, die Hörfähigkeit wurde normal; deren frühere Herabsetzung war zweifellos eine reflectorische gewesen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1898 Nr. 6.)

- Ein **eigenartiger F. in der Nase** wurde auch von Dr. P. Marcuse (Berlin) bei einem Brauereibesitzer gefunden, welcher ihn consultirte, weil er seit mehreren Monaten einen sehr üblen Geruch in der Nase verspüre und, besonders Morgens, aus der Nase reichlich graugrünlichen, widerlich riechenden Eiter schnaube. Als etwaige Ursache wusste Pat. nur anzugeben, einen vor 3 Jahren vorgekommenen Sturz vom Pferde, bei dem seine Nasenspitze lädirt worden sei. Diese war auch jetzt noch schief, sonst war äusserlich nichts wahrzunehmen. Rechte Nasenhälfte auch innerlich normal, linke mit reichlichem, graugrünen Secret gefüllt, nach dessen Entfernung die Schleimhaut am Septum und den aufgeblähten Nasenmuscheln tief dunkelroth und aufgelockert erschien. Aus dem mittleren Nasengang floss Eiter in langsamem Strom



heraus. Bei Berührung der mittleren Muschel mit der Sonde sofort profuse Blutung, daher weitere Untersuchung unmöglich. Tags darauf energische Cocainisirung der linken Nase. Infolgedessen Schleimhautanämie und Retraction der Muscheln, worauf im mittleren Nasengange ein F. erschien, der leicht sich entfernen liess. Der kaum kleinbohnengrosse, weiche, bröcklige, pestilenzialisch riechende F. war nicht, wie vermuthet, ein noch von jenem Sturze herrührender Knochen-sequester, sondern ein — Getreidekorn (Gerste). Die Brauer pflegen, um sich von der guten Beschaffenheit der keimenden Gerste, des grünen Malzes, zu überzeugen, eine Handvoll davon öfter an die Nase dicht heranzubringen. Dabei gerieth jedenfalls vor einigen Monaten das Korn dem Pat. in die Nase, quoll im mittleren Nasengang auf, klemmte sich ein und ging in Fäulniss über. Durch die Breitung'sche Mittheilung (s. Excerpta S. 261) gewarnt, hatte Autor den „halben Politzer“ unterlassen und so einen eitrigen Ohrenkatarrh verhütet. Pat. war geheilt.

(Deutsche medic. Wochenschr. 1898 No. 6.)

- 2 Fälle von langem Verweilen von F. in den Luftwegen theilt S. Radziszewski mit. Das eine Mal handelte es sich um ein 10jähriges Mädchen, welches ein etwa kleinfingerdickes, 3—3 $\frac{1}{2}$  cm langes Spielzeug in die Luftwege aspirirt hatte. Unmittelbar darauf Anfall von heftiger Athemnoth von kurzer Dauer. Dann Entwicklung einer chronischen Bronchopneumonie des rechten Unterlappens, welche erst nach 35 Tagen, nach Expectoration des Fremdkörpers, schwand und in vollständige Heilung überging. Das 2. Mal betraf der Unfall eine 37jährige gravide Frau, welcher ein Knochen in die Trachea gelangte. Symptome einer beiderseitigen chronischen Pneumonie, welche von mehreren Aerzten für Phthise gehalten wurde. Nach 5 Monaten expectorirte Pat., die mittlerweile ein gesundes Kind geboren, ein keilförmiges, scharfkantiges Knochenstück. Nunmehr rasch vollständige Genesung.

(Kronika lekarska 1897 No. 15. — Centralblatt f. Chirurgie 1898 No. 10.)

- Einen Beitrag zur Tracheotomie behufs Entfernung von F. aus den Bronchien lieferte L. Szuman. Ein 9jähriger

Knabe verschluckte ein „kleines Pfeifchen“. Von da verfiel er bedeutend an Kräften, fieberte hoch, hatte heftigen Husten und Athembeschwerden. Autor sah den Pat. 5 Wochen nach dem Unfall. Sondirung der Speiseröhre hatte heftigen krampfartigen Husten zur Folge, sonst negativ. Laryngoskopisch nichts. Untersuchung des Thorax zeigte, dass der F. im linken Bronchus sass; die linke Lunge, besonders der obere Theil, theiligten sich nicht an der Athmung, hier gedämpfter Percussionsschall. Lagerung mit herabhängendem Kopf, heftige Erschütterungen des Rückens ohne Erfolg. Tiefe Tracheotomie; Sondirung der Bronchien von der Wunde aus. Im linken Bronchus, 11 cm von der Incisura sterni entfernt, harter Gegenstand. Lockerung desselben mittelst entsprechend gebogenen Volkmann'schen Löffels, worauf der F. beim nächsten Hustenanfall zur Wunde herausgeschleudert wurde und sich als 2,4 cm lange, 1 cm breite Signalpfeife entpuppte. Glatte Heilung. — Anführung noch eines 2. Falles: 66jährige, bisher gesunde Frau verschluckte einen kleinen Knochen. Von da ab Symptome einer chronischen Entzündung des Mittellappens der rechten Lunge. Nach 2jährigem Bestand dieses Leidens Expectoration des 2 cm langen und 1 cm breiten Knochenstückchens, worauf alle Krankheitssymptome schwanden.

(Nowiny lekarskie 1897 No. 47. — Centralblatt f. Chirurgie 1898 No. 10.)

- Max Breitung (Coburg) fand bei einem 13jährigen, seit 2 Jahren an Chorea leidenden Mädchen ein Stück Blei aus einem Schraubenbleistift im Ohr, dem Trommelfell beweglich aufliegen. Er entfernte den F. durch Ausspritzen, worauf die Chorea verschwand. Der Fall mahnt wieder, möglichst immer das Ohr der Pat. zu untersuchen, wenn auch keine Symptome Seitens des Organs selbst vorhanden sind.

(Centralblatt f. innere Medicin 1898 No. 10.)

**Lupus.** P. G. Unna (Hamburg) hat bei L. Cocainpulver aus Sparsamkeitsrücksichten versucht und eine gute Wirkung erzielt. Er verschreibt:

Rp.

*Cocain. hydrochloric. 0,5—1,0*  
*Magnes. carbonic. 10,0.*

M. f. pulv.

Damit werden die erodirten und excoriirten Flächen besprüht oder betupft, oder man streut das Pulver auf eine feuchte Wattelage, die aufgelegt wird. Auch nach der Einpuderung kommt eine angefeuchtete Wattelage auf die cocainisirten Flächen, welche der Pat. 10—15 Minuten sanft anzudrücken hat, ehe die Aetzung, das Brennen, die Application des schmerzhaften Pflastermulls oder dgl. vorgenommen wird. Die Pulverform hat den Vorzug der Sparsamkeit in doppelter Beziehung: 1. kommt bei Anwendung des sich erst beim Gebrauche lösenden Cocain-salzes im Pulver jede Spur desselben langsam zur Wirkung; 2. verdirbt nichts davon bei längerem Gebrauche, sodass die obige Menge zur Behandlung des Pat. bei täglichem Verbinden Monate lang vorhalten kann. Wir können so diese Wohlthat auch den Aermsten angedeihen lassen.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1898, Bd. 26, No. 5.)

- Asselbergs (Brüssel) empfiehlt **Injectionen von Calomel**. Er spritzt in die Gesässregion 0,05 Calomel ein, was er Anfangs alle 10 Tage, dann seltener wiederholt. Unter 25 Fällen zeigte sich 23 Mal eine günstige Beeinflussung, öfters sogar vollständiges Verschwinden des L., indem zunächst am eclatantesten die Wirkung in Bezug auf Infiltration und Ulceration eintritt.

(Ann. de dermat. 1898 No. 1. — Wiener medic. Presse 1898 No. 10.)

**Muskel-Ruptur.** Einen Fall von Ruptur der langen Bicepssehne publicirt Dr. R. Porges (Wien, Allgem. Poliklinik). Ein kräftiger, sehr musculöser Mann verspürte bei dem Versuche, einen schweren Kasten mit halb gebeugtem linken Arm nach rechts zu verschieben, plötzlich einen heftigen Schmerz im linken Schultergelenk. Der Arm fiel schlaff herab und konnte activ und passiv nur unter grossen Schmerzen bewegt werden. Status 3 Tage nach der Verletzung: Ganze linke Schultergegend schmerzhaft, druckempfindlich, besonders in der Gegend des Processus supraglenoidalis der Scapula, der Ansatzstelle der langen Bicepssehne. An der Grenze zwischen mittlerem und oberem Drittel des Oberarmes linkerseits an der Aussenseite eine Einziehung, der eine Vorwölbung auf der rechten Seite entspricht. Das ganze Bild des M. biceps scheint dadurch aus seiner Lage verrückt: rechts verläuft die

Muskelmasse parallel zur Längsachse des Oberarms, während sie linkerseits von oben innen nach aussen unten zieht. Diese Lageveränderung ist dadurch hervorgerufen, dass rechterseits durch den äusseren Kopf des Biceps die obere Parthie verbreitert erscheint, während linkerseits an der Stelle des äusseren Kopfes, welcher durch das Fehlen seiner oberen Ansatzstelle herabgesunken ist, eine Einziehung besteht. Noch mehr fällt eine Veränderung auf, die sich bei rechtwinklig gebeugtem Arm (bei der Beugung ein Widerstand!) recht gut markirt: Distanz zwischen Muskelbauch und Fossa cubitalis wesentlich verkürzt (um die Hälfte), was durch die anatomischen Verhältnisse sich leicht erklärt. Der Biceps ist eine beträchtliche Muskelmasse, die bei herabhängendem Oberarm an 2 Punkten suspendirt ist: mit der kurzen Sehne des inneren Kopfes am Processus coracoideus und mit der langen Sehne des äusseren Kopfes am Proc. supraglenoidalis scapulae. Da diese letztere Anhaftungsstelle ziemlich genau über dem Schwerpunkte der Muskelmasse gelegen ist, muss ein Zerreißen der Sehne oder ein Abreißen von ihrem Fixationspunkte bewirken, dass der Muskel, seiner eigenen Schwere folgend, sich senkt und auf diese Weise die Distanz zwischen Muskelbauch und Fossa cubitalis verkleinert wird. Bei der Contraction des Muskels treten diese Symptome natürlich noch deutlicher hervor. Da bei der Zusammenziehung der Muskelfasern die beiden oberen und der untere Fixationspunkt einander genähert werden sollen, so ist es erklärlich, dass die Parthie der Muskelmasse, der die obere Fixation fehlt, durch die Contraction sich der unteren Anheftungsstelle noch mehr nähern muss. Aus diesem Grunde wird diese Muskelhälfte bei der Contraction weich, beweglich und auf der Unterlage verschieblich bleiben und zugleich etwas vorspringen, während auf der gesunden Seite der Muskel in contrahirtem Zustande hart und auf der Unterlage unverschieblich wird. Kurze Zeit nach der Verletzung war es nicht möglich, die abgerissene Sehne zu tasten, zum Theil wegen intensiver Schmerzhaftigkeit, zum Theil wegen Schwellung der ganzen Gegend. Nach 2 Wochen jedoch konnte man den Sehnenstumpf als einen kräftig verdrickten, leicht geschlingelten Strang an einer Kürze des Deltamuskels deutlich abtasteten. Die Schmerzhaftigkeit an der Ansatzstelle des Biceps am Proc. coracoideus, die im

obigen Falle deutlich vorhanden war, ist ein Symptom, welches sich naturgemäss nur dann wird nachweisen lassen, wenn dieser Punkt der Ort der Verletzung ist, also bei Abriss der Sehne vom Knochen, resp. bei Zerreiſſung derselben in der obersten Parthie. Die Schmerzhaftigkeit am Proc. supraglenoidalis, resp. an der Stelle des Sehnenrisses, die Einziehung in der oberen Hälfte an der Aussenseite des Oberarms, die dadurch bedingte Lageveränderung der Muskelmasse, die Verkürzung der Distanz zwischen Fossa cubitalis und Muskelbauch, das Schlaff- und Verschieblichbleiben des Muskels bei der Contraction und endlich event. der Nachweis des Sehnenstumpfes sind so prägnante Symptome, dass die Diagnose leicht zu stellen ist. Die Verletzung kommt nur bei kräftigen, musculösen Individuen zu Stande. Die Grundbedingung für eine durch Muskelzug hervorgerufene Sehnenruptur ist ein Missverhältniss zwischen Muskelmasse und Festigkeit der Sehne. Eine forcirte Contraction bei entsprechendem Widerstand genügt dann sehr wohl. Autor fand bei Untersuchungen, dass bei der verschiedensten Entwicklung der Musculatur des Biceps der Querschnitt der Sehne annähernd gleich war; es ist also erklärlich, dass, wenn der Muskel im Stande ist, eine gewisse, zur Zerreiſſung nothwendige Kraft aufzubringen, die Sehne abreisst. Auch ein plötzliches Contrahiren der Muskelmasse, wie es bei reflectorischer Abwehrbewegung der Fall ist, braucht nicht einzutreten, um die M. herbeizuführen: im obigen Falle handelte es sich um eine gleichmässige, wohl vorbereitete Muskelaction, die nur durch ihre Intensität die Zerreiſſung der Sehne herbeiführte, da die letztere dem Zuge, dem sie ausgesetzt wurde, nicht gewachsen war. Die M. wurde vom Autor expectativ behandelt: Durch 14 Tage Entlastung des Biceps und Ruhigstellung durch Mitella, gegen die Schmerzen kalte Umschläge, in der 3. Woche Beginn mit Massage und vorsichtigen passiven Bewegungen. Nach 5—6 Wochen so exacte Ausheilung, dass in der Functionsfähigkeit der Arme kaum eine Differenz mehr

**Rhinitis.** Dr. H. Naegeli-Akerblom (Rüthi, St. Gallen) warnt vor der Behandlung der Coryza der Säuglinge und Kinder, wie sie Henoch in seinem Werke empfiehlt. Dort heisst es, man solle bei leichteren Fällen Einpinselungen in die Nasenlöcher mit Oel machen und intern 2stündlich Calomel (0,01—0,015) geben, bei starker, stenosirender Schwellung aber eine „Pinzelung mit wenigen Tropfen“ einer 5%igen Cocainlösung versuchen. Erstere Therapie kann aber bei unvorsichtiger Handhabung des Pinsels, tieferem Eindringen desselben zu sehr unangenehmen Reactionerscheinungen Seitens der Nasenschleimhaut führen, was noch mehr von der 2. Methode gilt, da Pinzelungen ohne genaue Rhinoskopie an und für sich nicht ungefährlich sind, eine unbestimmte Tropfenzahl einer 5%igen Cocainlösung aber bei Kindern event. zu Intoxicationerscheinungen Veranlassung geben kann. Autor selbst behandelt seit 6 Jahren Coryza bei Kindern in der Weise, dass er 3—4 Mal täglich in jedes Nasenloch mit einem Tropfenzähler 1 Tropfen einer 2%igen Cocainlösung (Aq. dest., Glycerin. aa) einträufeln lässt, eine gefahrlose, aber wirksame Methode, durch die es stets gelingt, die Athmungsfähigkeit wiederherzustellen.

(Therap. Wochenschrift 1897 No. 51.)

— Zur Abortivbehandlung des Schnupfens empfahl jüngst Courtade (Internat. Centralbl. f. Laryng. 1898 No. 1) heisse Nasendouche (50° C.) von leicht alkalischem Wasser. Prof. Rabow theilt mit, dass sich ihm hierfür das Prisen von feingepulvertem Kochsalz vorzüglich bewährt habe.

(Therap. Monatshefte 1898 No. 2.)

**Tetanus.** 2 mit Behring's Antitoxin No. 100 behandelte, letal verlaufene Fälle von T. traumaticus, die Dr. M. Schubert (Mannheim, Allgem. Krankenhaus) mittheilt, zeigen wieder, dass dies Mittel, wenn es auch schon öfters geholfen hat, doch nicht immer so günstig einwirkt. Im 1. Falle handelte es sich um einen 47jährigen Mann, der allerdings erst 2 Tage nach Auftreten der ersten Symptome des T. 5 gr des Antitoxins (in 40 ccm sterilen Wassers gelöst) in die Vena mediana

cubiti sin. injicirt bekam. 20 Stunden später Exitus. Bei Fall 2 erfolgte aber die Injection der gleichen Menge (hier subcutan!) schon 10 Stunden nach Auftreten der ersten Erscheinung (einer mässigen Kieferklemme), und doch starb der 39jährige Pat. 60 Stunden post inject. Hier hätte man glauben müssen, das Antitoxin müsse rettend wirken, da die injicirte Menge genügend war und die subcutane Einverleibung nach Behring nur etwas langsamer wirkt, als die intravenöse, aber ihr gleichwerthig ist. Da liegt es also gewiss nahe, eine gewisse Skepsis der specifischen Wirksamkeit des Mittels entgegenzubringen!

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 8.)

- **Gebrauchsanweisung für das Tetanus-Antitoxin**, jetzt neu herausgegeben von den Farbwerken vorm. Meister Lucius & Brüning in Höchst: Das bisher ausgegebene trockene Antitoxin ist durch ein flüssiges ersetzt worden, das zur subcutanen (nicht intravenösen!) Injection benützt werden soll. Es wird vorläufig nur in einer Stärke abgegeben, und zwar in 2 Dosirungen: 1. Einfache Heildosis, 2 Fläschchen à 25 cem 10fach = 500 Tet.-I.-E. Sie soll bei Erwachsenen sobald als möglich nach Diagnosenstellung eingespritzt werden. Bei Kindern ist nur der Inhalt eines Fläschchens auf einmal anzuwenden. An den der Einspritzung folgenden Tagen ist auch bei eingetretener Besserung Einspritzung von je einer halben Dosis zu empfehlen. 2. Fläschchen zur Immunisirung à 2 cem 10fach = 20 Tet.-I.-E. Zur Erlangung eines 4 Wochen anhaltenden Infectionsschutzes genügt 1 cem, wenn die vermuthliche Infection eben erst stattgefunden hat. Dieselbe Dosis ist ausreichend vor operativen Eingriffen, bei denen erfahrungsgemäss nicht selten T. eintritt. Ist jedoch seit der Infection schon einige Zeit verstrichen, so darf man nicht unter 4 cem injiciren. Das Antitoxin bewahre man kühl, aber frostfrei, vor Licht geschützt auf, da es so mindestens 1 Jahr sich hält.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 11.)

**Tuberculose.** Guajacetin hat Dr. J. Dakura (Wien, k. k. Wilhelminen-Spital) versucht und stellt folgende Sätze auf:

1. Wie klein auch die Anzahl (22) meiner Versuche

war, so lässt sich doch annehmen, dass das neueste antituberculöse Präparat für den menschlichen Organismus und in grösseren Dosen (1 gr) und monatlich gegeben, vollkommen unschädlich erscheint. In dieser Beziehung glaube ich mit voller Berechtigung behaupten zu können, das Guajacetin stehe, wenn nicht höher, so ganz bestimmt auf derselben Stufe, wie alle anderen ihm verwandten Präparate (Guajacol, Kreosotal, Kreosot, Solveol etc.), welche zu demselben therapeutischen Zwecke verwendet werden und die, wie bekannt, so oft den Verdauungsprocess beeinträchtigen.

2. Das Guajacetin ist, strenge genommen, kein Heilmittel gegen die T., und vergebens würde man in ihm ein Specificum gegen diese Krankheit zu entdecken versuchen.
3. Dafür soll es unter den symptomatisch wirkenden antituberculösen Mitteln mit Recht eine der eminentesten Stellen einnehmen.
4. Da der Gebrauch der Guajacetinpulver nicht ohne vortheilhaften Einfluss auf den allgemeinen Zustand der Schwindsüchtigen ist, und zwar: a) da die Pat. sich dabei subjectiv besser befinden; b) der Appetit angeregt wird; c) das Körpergewicht zunimmt; d) die Qualität des Blutes sich ziemlich rasch verbessert; e) das Eiweiss im Urin sich procentuell vermindert etc. — so verdient dieses Präparat bei weiteren eingehenden Untersuchungen und Prüfungen von den prakt. Aerzten in die heutige Therapie der Lungenkranken eingeführt und verallgemeinert zu werden. —

Autor bedauert nur, namentlich im Interesse der ärmeren Volksschichten, dass der Preis des Mittels noch ein ziemlich hoher ist.

(Wiener klin. Rundschau 1897 No. 51.)

- Eine gewissermaassen spezifische Wirkung des Kreosotals bei Phthisis konnte Dr. Jacob bei seinen Versuchen constatiren, die derselbe in der I. medic. Klinik in Berlin (v. Leyden) machen konnte. Die Darreichung des 90% reinsten Kreosots enthaltenden Mittels, das sich besonders durch den Mangel aller Nebenwirkungen vor den



früheren Kreosotpräparaten auszeichnet, geschah in der Weise, dass jeder Pat. mit 3 Mal täglich 5 Tropfen begann, jeden Tag um 3 Tropfen stieg, bis 3 Mal 25 Tropfen erreicht wurden, dann 8 Tage bis 4 Wochen — in einzelnen Fällen auch mehrere Monate lang — diese Dosis beibehielt, um dann bis auf 3 Mal 10 Tropfen herabzugehen und event. nach 8tägigem Gebrauch dieser Dosis wieder täglich um 3 Tropfen anzusteigen. Daneben Berücksichtigung der Diät:  $1\frac{1}{2}$ —2 Liter Milch, 2—6 Eier täglich, schottische Hafergrütze, Cacao, Kartoffelpuree, Malzbier, Brod bildeten die Hauptnahrung. Recht günstige Erfolge! Das Allgemeinbefinden hob sich zusehends, Fieber, Nachtschweisse, Schwäche liessen bald nach, der Appetit wurde zufriedenstellend, das Körpergewicht stieg erheblich an, Husten und Auswurf verringerten sich von Woche zu Woche, und auch der locale Befund ergab nach längerer Behandlung oft bedeutende Besserungen. Autor schliesst: „Gestützt auf unsere Beobachtungen sind wir zu der Ansicht gelangt, dass bei jedem Fall von entstehender oder nicht zu weit vorgeschrittener Phthisis eine Kreosotalcur wohl mit Erfolg angewendet werden dürfte. Freilich sind wir der Ueberzeugung, dass nicht dem Kreosotal allein Erfolge, wie wir sie aufzuweisen hatten, zu verdanken sind, sondern dass diese Cur nur dann zu günstigen und befriedigenden Resultaten führen wird, wenn sie durch eine kräftigende Diät und eine hygienische Lebensweise unterstützt wird. Darin liegt aber gerade der Vorzug des Kreosotals dem Kreosot gegenüber, dass durch günstige Beeinflussung des Appetits und durch Vermeidung von Störungen auf die Functionen des Magendarmcanals den Pat. die Möglichkeit gegeben wird, die ärztlich verordneten diätetischen Maassregeln durchzuführen.“

(Charité-Annalen, Dec. 1897.)

- Nachdem früher E. Grawitz die Ergebnisse der **Eosot-Behandlung** bei T. publicirt und als Vortheile des neuen Mittels folgende angeführt hatte, dass es nämlich 1. ohne Widerwillen als geruch- und geschmackloses Mittel in Kapseln genommen wird, 2. dass es auch in grösseren Mengen gut ertragen wird, 3. dass es billig ist, — hat jetzt Dr. W. Zinn bei 80 Fällen

von Lungen- und Darmtuberculose die Versuche an der II. medic. Klinik in Berlin (Gerhardt) fortgesetzt und den Pat. in der Regel 3 Mal tägl. 1 Kapsel à 0,2 gr (Berliner Capsules-Fabrik, Apotheker Lehmann) gereicht. Die Versuche fielen befriedigend aus, und kam Autor zu dem Schluss, dass das Eosot (Dr. Wendt) — bekanntlich *Creosotum valerianicum* — die Bedingungen erfüllt, die an ein gutes und billiges Kreosotpräparat gestellt werden müssen, sodass seine Anwendung oft sich als nützlich erweisen dürfte.

(Therap. Monatshefte 1898 No. 3.)

- **Perucognac** (hergestellt von Dallmann & Co., Gummersbach) empfiehlt Dr. F. Schmey (Beuthen O./S.) zur Behandlung der Phthise. Schon seit Jahren gab er hier mit bestem Erfolge den durch seinen Gehalt an Zimmtsäure wirksamen Perubalsam, doch liess jede Form der Darreichung zu wünschen übrig. In Form von Perucognac (Ordnation: 2stündl. 1 Esslöffel in 1 Weinglas Milch), dem bei der Fabrikation zur Erhöhung der Wirkung noch reine Zimmtsäure hinzugesetzt wird, hat das Mittel absolut keine unangenehme Nebenwirkung, wird gern genommen und hat sich gut bewährt, auch bei Darmtuberculose und Typhus abdominalis.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1898.)

- Mit dem Neutuberculin wurden in der Volksheilstätte Ruppertshain, wie Dr. A. Spiegel mittheilt, keine günstigen Erfahrungen gemacht, sodass Autor dem Mittel jede spezifische Heilwirkung abspricht und es für mindestens entbehrlich erklärt. Reine aseptische Luft, kräftige Ernährung, Ruhe in Abwechslung mit körperlicher Bewegung, das sind die Heilfactoren, mit denen man bei Phthise die besten Erfolge erzielt. Dieselben wurden meist durch das Tuberculin nur hintangehalten, da dasselbe durch das Fieber, die Appetitlosigkeit, Mattigkeit etc., die es erzeugte, in der Regel das Allgemeinbefinden verschlechterte, ohne dafür den Lungenbefund zu bessern; ja meist verschlechterte sich letzterer sogar in demselben Maasse, wie das Allgemeinbefinden.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 51.)

— Auch auf der I. medic. Klinik in Berlin (v. Leyden) wurde das **Neutuberculin** angewandt. Stabsarzt Dr. Huber (Männerabtheilung) hat den Eindruck gewonnen, „dass durch die Behandlung mit dem neuen Tuberculin bei vorsichtiger Anwendung und sorgfältiger Auswahl der Fälle nach den Koch'schen Angaben zwar kein Schaden gestiftet, aber auch keine die bisher bei Lungentuberculose erreichten Resultate der Krankenhausbehandlung wesentlich übertragenden, specifischen Heilerfolge erzielt wurden,“ und Stabsarzt Dr. Burghart (Frauenabtheilung) ist gar zu dem Resultat gekommen, „dass die Anwendung des Tuberculin R. gegen T. innerer Organe nicht zu empfehlen ist, wenn andere Behandlungsmethoden möglich sind.“

(Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 7.)

**Tumoren.** Einen Fall von leukämischen T. stellte Prof. Kaposi vor. Die 63jährige Frau giebt an, dass ihre Krankheit im Juli 1896 mit Kopfschmerzen begonnen habe; im September 1896 zeigte sich ein rother Fleck an der linken Wange, die Röthung schritt fort, bis im März 1897 zum 1. Male Tumorbildung bemerkt wurde; seither allmälige Vergrösserung. Status praesens: Gesicht mit Ausnahme der oberen Stirn- und seitlichen Wangengegenden von tumorartigen Massen eingenommen, die sich im Einzelnen folgendermaassen charakterisiren. Die Supraorbitalgegenden beiderseits von je einem tauben- bis hühnereigrossen Tumor von angedeutet lappiger Oberfläche, sehr wechselnder Consistenz (rechts lipomartig weich, links sehr derb) eingenommen, der gegen die Unterlage (Galea und Musculatur) verschieblich, über das Hautniveau weit vorspringend, über die Augenspalten überhängend ist. Haut darüber röthlich, violett verfärbt, scheinbar verdünnt, nicht faltbar und abhebbar, kaum verschieblich. Ein ebensolcher, etwas kleinerer Tumor entspricht der Interciliarregion, ein gut apfelgrosser, gleich beschaffener sitzt an der rechten Wangengegend, ein etwas kleinerer mit derselben Localisation links, ein haselnussgrosser rechts nach oben und aussen vom Knoten an der Wange. Die ganze Nase in ihrer gesammten Configuration eingenommen und quasi carriert durch eine, den oben erwähnten T. in Farbe und Consistenz gleiche Masse, welche

gegen die Interciliarknoten, sowie die gleichfalls verdickte Oberlippe durch tiefe Furchen, gegen die beiderseitigen Wangentumoren nicht scharf abgegrenzt ist. Am Kinn eine allseits gut begrenzte, leicht verschiebliche, den oben beschriebenen entsprechende Geschwulst von Taubeneigrösse. Das rechte Ohr in seiner gesamten Ausdehnung, das linke nur in seinem unteren Theile durch diffuse Einlagerung infiltrirender Tumormassen in ähnlicher Weise wie die Nase verändert. Ein haselnussgrosser Knoten im oberen Drittel des rechten Oberarms, mehrere kleinere, erbsen- bis haselnussgrosse, strangförmig angeordnet, an der Innenseite des unteren Drittels des gleichen Knochens; beiderseits am Oberarm 2 haselnussgrosse harte Knoten, über denen die Haut verschieblich und faltbar ist. Submaxillardrüsen beiderseits zu tauben- bis hühnereigrossen, aus mehreren kleineren sich zusammensetzenden Knoten von wechselnder Consistenz vergrössert, gut verschieblich und begrenzbar; Haut darüber normal. Achseldrüsen beiderseits hart und vergrössert, desgleichen die Inguinaldrüsen. Sämmtliche Knoten spontan schmerzlos, auf Druck schmerzhaft; die T. an den Extremitäten wurden von der Pat. bisher gar nicht bemerkt. Sensibilität sämmtlicher Hautstellen normal; dagegen giebt Pat. bei Beklopfen des Sternums, der Scapulae und Humeri stechende, intensive Schmerzen an. Leber vergrössert, ihr unterer Rand 2 Querfinger unter dem Rippenbogen zu tasten. Milzdämpfung um das Dreifache vergrössert; ihr ganzer medialer Rand, der mehrere Einziehungen zeigt, deutlich abzutasten; Consistenz etwas vermehrt. — Was lag vor? Die so eigenthümlich localisirten und rasch gewachsenen T. erinnerten zunächst lebhaft an die früher als „Mycosis fungoides“ bezeichnete Affection; auch Sarcomatosis cutis, Lymphome, leukämische T. kamen in Betracht, und zwar am meisten letztere, wofür die allgemeine indolente Drüsenschwellung, die Vergrösserung der Milz und Leber, die Schmerzhaftigkeit des Knochens am Sternum und die — Blutuntersuchung sprachen; diese ergab nämlich erhebliche Vermehrung der weissen Blutkörperchen (1 : 28 statt 1 : 500—700), die Zahl der Erythrocyten betrug 3, 400 000, die der Leukocyten 120 000. Somit war man berechtigt, jene Geschwülste als maligne leukämische T. anzu-

sehen. Was Massigkeit und Grösse derselben anbelangt, so betraf der Fall freilich alles bisher Beschriebene.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 17. Dec. 1897. — Wiener klin. Wochenschrift 1897 No. 51.)

- Einen Fall von primärem multiplem, idiopathischem Pigmentsarkom stellte Holländer vor. Diese nach Pathogenese und Aetiologie noch unaufgeklärte Krankheit stellt eine wohl charakterisirte Form des primären Hautsarkoms dar, welche streng zu unterscheiden ist von den beiden anderen Formen des primären Hautsarkoms, dem pigmentlosen und dem melanotischen. Gewöhnlich beginnt das Leiden symmetrisch an den Extremitäten älterer Leute, und kennzeichnet sich durch blaurothe Flecke, welche das Hautniveau etwas überragend, eine ziemlich derbe Platte bilden; von dem sehr zahlreichen Blutpigment, welches in diesen Flächeninfiltraten deponirt ist, trägt die Krankheit den Namen. Im Bereich oder in der Umgebung dieser flächenhaften Infiltrate, welche übrigens rückbildungsfähig sind, bilden sich dunkelblaurothe Knötchen von Stecknadelkopfgrosse, welche an der Oberfläche oft eine dickere, etwas durchscheinende Hornschicht tragen. Diese Knötchen wachsen manchmal nur sehr langsam, oft aber auch treten sie plötzlich in ein rapides Wachsthum ein und bilden massige Tumoren, welche den gewöhnlichen Sarkomcharakter zeigen. Dies ist das 2. Stadium der Affection, das 3. Stadium bildet die Nekrobiose, Kachexie und Generalisation, welche zum Tode führt. In den 3 vom Autor beobachteten Fällen waren stets alle 3 Stadien gleichzeitig vertreten, und auch der jetzige Pat. zeigt trotz des ersten Beginnes des Leidens die 3 Perioden. Der 80jährige Mann kam wegen eines Tumors an der Innenseite des 2. Fingers der linken Hand. Der Tumor war in der letzten Zeit schnell gewachsen und sonderte reichlich lymphatisches Secret ab; der ganze Finger war aufgelöst in ein lymphocavernöses Gewebe; man konnte und kann jetzt noch tiefe Dellen eindrücken, welche sich schnell wieder ausgleichen. Die Umgebung des Tumors war dunkelblauroth und infiltrirt, dergleichen, offenbar durch Contactwirkung, war die gegenüberliegende Fläche des 3. Fingers blauroth und zeigte mehrere dunkelblaue Knötchen, von denen

eines in den letzten Tagen rapides Wachsthum zeigt. Da Autor bei dem Alter des Pat. und bei dem bereits generalisirten Leiden ein radicaleres Vorgehen für ungerechtfertigt hielt, so exstirpirte er nur den pflaumengrossen Tumor ohne Narkose; der Tumor hat sich dann in den nächsten Tagen durch pilzartiges Aufschliessen wieder neu ausgebildet, und charakterisirt dies ungewöhnlich rapide Wachsthum den lymphatischen Charakter des Tumors. Derselbe überhornte dann und ist seitdem stabil geblieben. Als charakteristische Merkmale nun, dass der Tumor zu der Form der hämorrhagischen multiplen Pigmentsarkome gehört, sieht man vielfache flächenhafte, blaurothe Infiltrate auf dem Dorsum der linken Hand und beider Füsse. Die bereits eingetretene Generalisation eben zeigt ein kirschkerngrosser Tumor in der Mittellinie der Mucosa des harten Gaumens, der, exstirpirt, schnell wieder wuchs; unter des Autors Augen kamen nun in der 4wöchentlichen Beobachtungszeit noch ein kleiner blaurother Tumor an der Zunge und ein gleicher am linken Augenlidrand, sowie an der Wange hinzu. Das Flächeninfiltrat an der linken Hand ist aber zurückgegangen, noch ehe Arsen, das in einigen Fällen nutzbringend war, gegeben werden konnte. Der exstirpirt Tumor erwies sich im Wesentlichen als Lymphosarkomgewebe mit Blutpigmentirungen.

(Berliner medic. Gesellsch., 19. Januar 1898. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 5.)

- 5<sup>0</sup>/<sub>10</sub>iges Paraformcollodium zur Verätzung kleiner benignen Hautgeschwülste, besonders gestielter, empfiehlt warm P. G. Unna (Hamburg), Paraform oder Paraformaldehyd, das polymerisirte Formaldehyd (von Merck, Darmstadt) ist in Collodium unlöslich, aber aus der Mischung dunstet langsam Formaldehyd ab, in genügender Menge, um nekrotisirend zu wirken. Der Collodiumfirniss gestattet eine scharfe Begrenzung der Wirkung, ist sehr bequem anzuwenden und von allmäliger milder Wirkung, sodass man die nach Bedürfniss zu wiederholenden Pinselungen dem Pat. überlassen kann. Das Mittel ist daher sehr gut zu benützen bei kleinen, weichen Protuberanzen, wie spitzen Condylomen, weichen und molluscoiden Naevi, wo

sich die nekrotisirende Wirkung genau mit dem Krankhaften zu begrenzen pflegt; man überlässt die getrocknete und verkleinerte Geschwulst dem spontanen Abfall. Für Naevi haben wir freilich in der Aetzung mit rauchender Salpetersäure und in dem Mikrobrenner, für einzelne Condylome im scharfen Löffel ebenso prompt wirkende Mittel. Aber für ausgedehnte, unablässig wiederwachsende Condylomfelder der Genitalien und des Afters hat das Paraformcollodium vor allen Mitteln den Vorzug, dass es Alles während der Nekrotisirung trocken lässt, was sehr wünschenswerth ist.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1898, Bd. 26, No. 4.)

- Ein von E. Fränkel demonstrirtes Präparat einer Lunge war nach mancher Richtung hin interessant. Die Lunge ist von einer Anzahl T. durchsetzt, die als Blutschwamm zu bezeichnen sind. Das Präparat entstammt einem 22jährigen Manne, der 1897 eine Quetschung der Unterbauchgegend erlitt. Im Anschluss daran entwickelte sich eine Anschwellung des rechten Hodens. Derselbe wurde im Juni 1897 exstirpirt; es soll damals Tuberculose vorgelegen haben. Im Februar 1898 wurde Pat. im Eppendorfer Krankenhause aufgenommen. Auch hier dachte man erst an Tuberculose; die Krankheitserscheinungen nahmen aber bald einen bedrohlichen Charakter an, es traten Zeichen innerer Blutung ein, Pat. starb. Man fand im Anschluss an einen zerfallenen Geschwulstknoten eine Blutung in den rechten Pleuraraum. Eine ebensolche Blutung war in der Bauchhöhle vorhanden; hier waren die retroperitonealen Lymphdrüsen erkrankt, durch die Geschwulstmassen das Peritoneum stark gedehnt und schliesslich zerrissen. Auch im Gehirn Metastasen. Es handelte sich um Adenosarkom; Tuberculose fand sich nirgends, sodass Autor annimmt, dass auch 1897 carcinomatöse Degeneration des Hodens und nicht Tuberculose vorgelegen hat. Wäre der Fall nicht secirt worden, so hätte man ihn vielleicht als Tuberculose post trauma angesehen! Also Vorsicht bei Beurtheilung solcher Fälle!

(Biolog. Abtheilung des ärztl. Vereins Hamburg, 22. Febr. 1898. — Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 14.)

## Vermischtes.

- **Gegen erfrorene Glieder** sind lauwarme Tannennadelbäder empfehlenswerth. Man lässt Tannennadeln 2 bis 3 Stunden kochen, giesst dann ab und badet die afficirten Glieder 3 Mal des Tages je 10—15 Minuten lang.

(Zeitschrift f. Krankenpflege 1898 No. 1.)

- **Eine Pityriasis roses** durch Strümpfe acquirirte eine 18jährige Pat. Dr. E. Kromayer's (Halle), die wollene Strümpfe zu tragen pflegte, diese aber mit neuen, noch nicht getragenen baumwollenen vertauschte. 14 Tage später entwickelte sich beiderseits im ganzen Bereich der unter den Strümpfen befindlichen Haut jenes Exanthem, das man sonst nur am Rumpf localisirt findet. Dass ein mechanischer oder chemischer Reiz ungebrauchter Wäsche existiren muss, haben schon Hutchinson und Lassar ausgesprochen; dass ähnliche Reizmomente auch Ekzem, Psoriasis, Lichen planus hervorrufen können, hat ebenfalls letzterer Autor bereits hervor-  
gehoben.

(Dermatolog. Zeitschrift, Bd. IV, Heft 6.)

- **Untersuchungen über die Verdauungs- und Aufsaugungsfähigkeit des Dickdarms** stellte Dr. L. Aldor (Leube'sche Klinik, Würzburg) an und kam zu folgenden Schlüssen:

1. 1 Liter Milch in den Dickdarm in Klystierform applicirt, verursacht den Kranken weder während der Irrigation, noch nach derselben irgend welche Schmerzen; es treten keine Reizerscheinungen des Darmes auf, und daher ist die Milch zum Nährklystier am geeignetsten.
2. Die durch das *Bacterium coli commune* ver-



ursachte Gerinnung der Milch ist für die Resorption nachtheilig, sie ist vermeidbar:

- a) durch sorgsame Auswaschung des Darmes vor der Klystierapplication, und
  - b) durch die Zugabe von 1,0—1,5 gr Natr. carbonic. zu 1 Liter Milch.
3. Im Dickdarm kommt ein Verdauungsprocess nicht zu Stande.
  4. Die Kohlehydrate werden ausgezeichnet resorbirt, in hohem Maasse die Eiweissstoffe, am schlechtesten die Fette.
  5. Nach Eingiessung von 1 Liter Milch in den Darm fand ich nie Eiweiss oder Zucker im Harn.

(Centralblatt f. innere Medicin 1896 No. 7.)

- **Das Radfahren der Amputirten** ist nicht, wie Breitung glaubt (s. Excerpta, vorige No.) ein Curiosum, sondern, wie jetzt Dr. Fr. Brunner (Zürich) betont, die Sache hat einen ernsten Hintergrund, wie folgende Beobachtung zeigt: Im Jahre 1896 amputirte Autor einen ca. 25jährigen Mann wegen eines osteomyelitischen Abscesses in einem von früheren Erkrankungen her steifen Kniegelenk im unteren Drittel des linken Oberschenkels. Der Pat. wünschte dringend sein steifes Knie los zu sein, damit er Rad fahren könne, was Autor allerdings damals nicht für möglich hielt. Allein nach Heilung des Amputationsstumpfes liess sich Pat. von Bandagist Dieckmann (Zürich) ein künstliches Bein herstellen, das sich von den gewöhnlichen nur dadurch unterschied, dass es im Kniegelenk, um den Bewegungen des Pedales folgen zu können, bis zum spitzen Winkel gebeugt werden konnte; er benützte ferner, um den künstlichen Fuss bequemer aufs Pedal bringen zu können, ein Damenrad, und brachte am Pedal zum Festhalten des künstlichen Fusses aus Draht eine Art Klemme an. Auf dieser Maschine lernte der allerdings sehr intelligente und energische Pat. in kurzer Zeit tadellos fahren, und auf dem Rad sieht man ihm nicht an, dass er ein künstliches Bein hat. Der Stumpf wird beim Fahren nicht etwa nur passiv bewegt, sondern arbeitet activ mit (weshalb es bei Oberschenkelamputation von Vortheil ist, wenn er möglichst lang bleibt). Er nahm seit dem Radeln bisher durch Muskelhypertrophie um 6 cm an Umfang

zu, sodass ein neues Bein nöthig wurde. Aus dieser Beobachtung geht hervor:

1. Auch Amputirte lernen Radfahren und vermögen dann viel grössere Strecken und viel müheloser zurückzulegen, als zu Fuss selbst mit vorzüglichen Prothesen, wodurch das Zweirad für Amputirte einen hohen Werth erhält.
2. Auf die Construction des künstlichen Beines kommt es dabei weniger an, es muss nur im Fuss- und Kniegelenk die nöthige Beweglichkeit besitzen, um den Bewegungen des Pedales folgen zu können; im Uebrigen thut das Meiste die Energie und Geschicklichkeit des Pat.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 5.)

- **Antinervin** (Radlauer) hat Dr. G. Laurenti (Genua) bei einer Reihe von Fällen (50) schätzen gelernt. Es waren das Fälle von Rheumatismus, Influenza, Neuralgien, wo das Mittel (Anfangs 4 Mal tägl. 0,5, dann 1,0) bald den Zustand günstig beeinflusste und rasche Heilung herbeiführte, ohne dass sich je unangenehme Nebenerscheinungen geltend machten. Erwägt man dazu den billigen Preis des Mittels, so muss man dasselbe als willkommene Bereicherung des Arzneischatzes begrüßen.

(Gazz. degli ospitali. — Ungar. medic. Presse 1898 No. 4.)

- **Salophen** hat Dr. R. Bloch (Zborovitz) bei verschiedenen Affectionen mit bestem Erfolge angewandt (4 Mal tägl. à 1 gr), so bei chronischem Rheumatismus, Neuralgien (Trigeminus-, Supraorbitalneuralgien, Ischias) und Pruritus, wo es stets prompt wirkte, ohne je Verdauungsbeschwerden oder sonstige unangenehme Nebenerscheinungen hervorzurufen.

(Sep.-Abdruck aus „Die Heilkunde“.)



## Bücherschau.

---

— Im Verlag von Urban & Schwarzenberg (Wien und Leipzig) begann ein neues grösseres Lieferungswerk zu erscheinen: **Anatomie des Menschen** von Dr. Fr. Reinke, dessen Abtheilung I, enthaltend Knochen, Bänder, Muskeln bereits vorliegt (Preis: M. 4). Binnen Kurzem werden die Abtheilungen II (Eingeweide, Blutgefässe) und III (Nerven, Sinnesorgane) die Presse verlassen. Der Verfasser verfügt über langjährige Erfahrungen, die er als Professor und Assistent in Kiel und Rostock zu sammeln Gelegenheit hatte. Er verwerthet dieselben und bietet Studirenden und Aerzten ein Werk, welches sich durch Klarheit und Vollständigkeit auszeichnet und das Studium der Anatomie wesentlich zu erleichtern geeignet ist. Das Werk ist als textlicher Leitfaden zu allen anatomischen Atlanten nach jeder Richtung hin zu empfehlen. Die Ausstattung ist eine vortreffliche.

— Die kurzen, im Verlage von Joh. Ambros. Barth (Leipzig) seit langen Jahren erscheinenden Lehrbücher haben sich als so nützlich und praktisch erwiesen, dass man einer Bereicherung dieser Sammlung von vornherein sympathisch gegenübersteht. Und die Lecture des neuesten Bandes: **Gerichtliche Psychopathologie** von Dr. A. Delbrück, zerstört diese Illusionen nicht, im Gegentheil, sie bietet so viel des Interessanten und Wissenswerthen in kurzen und markigen Zügen, dass man nach einmaligem Durchstudiren das Werkchen (224 S. Preis: M. 5,60) gern auf seinem Schreibtisch zu rascher Orientirung und Informationen in der Praxis behält. Der erfahrene Autor versteht es, allen Situationen und Darstellungen trotz des geringen ihm zur Verfügung stehenden Raumes gerecht zu werden und mit wünschenswerther Klarheit das auseinanderzusetzen, was zu wissen noth thut. Litteraturangaben, weitschweifige theoretische Discussionen, Casuistik lässt er wohlweislich bei Seite, man findet dies, wenn es einmal erforderlich wird, in grösseren Werken; ihm kam es hier nur darauf an, einen kurzen Rathgeber aus der Praxis heraus für die Praxis zu bieten, und diesen Zweck erfüllt sein Buch aufs Beste.

— **Der Grundriss der speciellen Pathologie und Therapie** von Dr. Jul. Schwalbe, der sich grosser Verbreitung erfreut, erscheint jetzt in 2. Auflage (bei F. Enke in Stuttgart), und zwar, um die Anschaffung zu erleichtern, in 4 Lieferungen (à M. 3). Es liegen bereits 2 Lieferungen vor, welche zeigen, dass der Verfasser alle Fortschritte der Wissenschaft sorgfältig durchgearbeitet und Inhalt sowohl wie Abbildungen an vielen Stellen wesentlich vermehrt hat. Wenn trotzdem der Umfang des Werkes verringert ist, so ist dies der stärkeren Verwendung der Petit-Schrift zu danken. Dazu kommt die knappe Darstellung, die aber der Klarheit des Textes nie Abbruch thut; der Verfasser versteht es, mit wenigen Worten viel zu sagen, und das verleiht dem Buche einen besonderen Werth für den Praktiker.

— Ein Buch, das, wie das uns vorliegende **Repetitorium der Chemie** von Dr. C. Arnold, die 8. Auflage erlebt, bedarf der besonderen Empfehlung nicht. Dasselbe ist bei Medicinern und Pharmazeuten schon so eingeführt und beliebt, dass man nur das Erscheinen der neuen Auflage anzuzeigen braucht, um ihm wiederum zahlreiche Leser zuzuführen. Das Buch, das seinen Zweck in bester Weise erfüllt, zeichnet sich auch durch besondere Billigkeit aus (616 S. stark; Preis gebd. M. 6), was der Verlagshandlung (Leopold Voss in Hamburg) gegenüber zu besonderem Danke verpflichtet.

— Einige Krankheitsfälle gaben Dr. E. Bock Veranlassung, sich mit der Thränendrüse genauer zu beschäftigen, und so entstand das Buch „**Zur Kenntniss der gesunden und kranken Thränendrüse**“ (Wien, Jos. Safár, 90 S. M. 2,50), in dem der Verfasser nicht nur seine klinischen Beobachtungen, sondern auch die Resultate seiner fleissigen und interessanten Untersuchungen mittheilt. Jedem, der sich über das Gebiet, welches hier abgehandelt wird, orientiren will oder muss, wird das Buch guten Nutzen bringen.



Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**M. 9.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**

aus der gesammten Fachlitteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Grætzner in Sprottau.*

*Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.*

---

*Juni*

*VII. Jahrgang*

*1898*

---

**D**ie früher erschienenen sechs Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

**Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.**

**Durch alle Buchhandlungen zu beziehen!**

---

**Agrypnie.** Erfahrungen über das Trional mit besonderer Rücksicht auf die Beeinflussung des Blutdruckes publicirt Dr. S. Kornfeld (Brünn, Landesirrenanstalt), der das Mittel seit 2 $\frac{1}{2}$  Jahren bei über 200 Fällen (verschiedenen Formen von Geisteskrankheiten und Neurasthenie) anwandte und es als verlässliches Schlafmittel schätzen lernte, welches einen dem normalen annähernd gleichwerthigen Schlaf erzeugt und nur sehr selten unangenehme, bald vorübergehende Nebenwirkungen zur Folge hat. Die günstigsten Wirkungen wurden erzielt bei Erschöpfungs- und Depressionszuständen, bei Angstzuständen (wo Trional oft allein zum Ziel führte), im Verlaufe der Neurasthenie und Melancholie, wo freilich meist 1,5—2 gr gegeben werden mussten. Das Trional setzte da, wo es wirkte, stets den Blutdruck beträchtlich herab, aber nicht etwa durch Schädigung des Herzmuskels, son-

dern in Folge Herabsetzung der Erregbarkeit der Nervencentren.

(Wiener medic. Blätter 1898 No. 1—3.)

- **Eine bequeme Darreichungsform des Trionals** empfiehlt Dr. Habermann (Wismar), nämlich die als kohlen-säurehaltiges Wasser (hergestellt von Dr. A. Voswinkel, Berlin W., Kurfürstenstrasse 154; 1 Flasche von 330 ccm enthält 1 gr Trional). Autor hat eine ganze Reihe von Fällen (sehr hartnäckige A. in Folge von körperlichen und geistigen Ueberanstrengungen, Neurasthenie und Hysterie) damit behandelt. Die Kohlensäure verdeckt den Geschmack des Trionals fast vollkommen und scheint die Resorption ausserordentlich zu erleichtern, sodass das Trional schon in auffallend geringer Dosis und sehr rasch wirkt (nach 10 Minuten meist ruhiger, bis 8 Stunden anhaltender Schlaf, und zwar fast stets mit  $\frac{1}{2}$ , oft schon  $\frac{1}{3}$  Flasche, also Dosen von 0,5—0,3 Trional), trägt auch zur raschen Elimination der Spaltproducte durch seine diuretische und leicht laxirende Wirkung bei und erhöht die Blutalkalescenz (daher Nebenwirkungen verhindert!). Controlversuche zeigten, dass bei Pat., wo Gaben von 0,5—0,3 Trional in dieser Form prompt wirkten, die gleichen Gaben, in üblicher Weise gereicht, total versagten oder viel schwächer wirkten.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1898.)

**Aneurysmen.** Einen Pat., der ein **Aneurysma cirsoideum** mit schweren Folgeerscheinungen aufweist, stellte Dr. R. Hitschmann vor. Der 66jährige Mann, welcher die Fuchs'sche Klinik aufsuchte, weil sein Sehvermögen seit 2 Jahren am rechten Auge constant abnahm, zeigte zunächst eine neuritische Atrophie des rechten Sehnerven, ausserdem aber ein Aneurysma cirsoideum (Angioma arteriosum racemosum (der Schädeldecken). An der Stirn beiderseits eine Anzahl stark geschlängeltes, über die Haut hervorragender, deutlich mit dem Radialpulse synchronisch pulsirender Gefässe von mehr als Gänsefederkielstärke, die nach vorn bis ca. 2 Querfinger vor der Haargrenze reichen. Diese Arterien erstrecken sich in der behaarten Kopfhaut bis zum Scheitel, welcher schütterere Haare trägt, und wo man ein vogel-

darmähnliches Convolut von erweiterten, ebenfalls pulsirenden Gefässen sieht. Auch beiderseits hinter den Ohren pulsiren Gefässe. Am Hinterkopfe wird die Haut kräftig rhythmisch emporgehoben, ohne dass man einzelne Gefässe unterscheiden kann. Bei Auscultation an allen diesen Stellen, besonders am Hinterkopfe, lautes, systolisches, blasendes Geräusch zu hören. Compression der rechten Carotis beseitigt die Pulsationen auch auf der linken Seite. Der auf das geschlossene rechte Auge gelegte Finger nimmt keine deutliche Pulsation wahr; Netzhautarterien ohne Pulsation, der neuritischen Atrophie entsprechend verengert. Ganz geringer Exophthalmus. Die peripheren Arterien nicht atheromatös. Wie lange das Aneurysma besteht, nicht eruierbar; Pat. hatte bisher von dessen Existenz keine Ahnung. Ca. 3—4 Monate vor Beginn der Sehstörung wurde Pat. durch Ohrensausen am rechten Ohre, welches einen rhythmischen Charakter hatte, belästigt; seit einiger Zeit will er mit diesem Ohr schlechter hören. Am Ohr ganz unbedeutender Katarrh, sonst nichts! Gleichzeitig mit den Geräuschen am Ohr traten Schmerzen im rechten Unterkiefer auf, die nach Extraction von 2 Zähnen aufhörten. Vor 5 Wochen begannen Schmerzen im rechten Oberkiefer; nach Extraction von 2 Zähnen kurze Zeit Besserung, dann um so heftigere Schmerzen, anfallsweise, blitzartig, von wechselnder Dauer und Intensität, ganze Tage aussetzend. Während früher mehr der Knochen befallen war, jetzt Schmerz mehr in den Weichtheilen. Im Bereiche des rechten Trigeminus nur im Gebiete des Ramus infraorbitalis eine kleine Zone unterhalb des Augenlides und am Nasenrücken mit leichter Störung der Sensibilität. Druck auf das Foramen infraorbitale erzeugt keinen Schmerz. — Zweifellos war die Sehnervenneuritis, wie auch die Infraorbitalneuralgie durch das Aneurysma bedingt. Bezüglich des N. opticus ist es ja fraglich, welche Gefässe der Orbita oder der Schädelhöhle durch ihre Dilatation die Läsion des Nerven erzeugt haben. Naheliegend wäre der Gedanke an die Arter. ophthalmica oder Carotis interna, um so mehr, als Autoren bereits anatomische Befunde von arteriosklerotischen Veränderungen an diesen Arterien beschrieben haben, welche den Opticus comprimirt hatten. Und doch erscheint hier diese Annahme nicht zutreffend. Die Arter. ophthalmica entspringt

aus der Carotis interna sogleich nach deren Austritt aus dem Sinus cavernosus. Nun finden wir weder Anhaltspunkte für eine Erkrankung der Carotis vor Abgabe der Ophthalmica (Sinussympptome), noch solche nach Abgang derselben: denn dann wären Störungen im Gebiete der Arter. communicans poster., Art. corporis callos., A. choroidea, A. fossae Sylvii zu erwarten, denn es wäre doch eine ähnliche Veränderung der Endarterien anzunehmen, wie die auf der Schädeldecke; Hirnsympptome aber fehlten gänzlich. Auch isolirte Dilatation der Arter. ophthalmica ist unwahrscheinlich, denn wir finden einige Aeste derselben, die oberflächlich liegen, die Aa. frontalis, supra-orbitalis, palpebralis, dorsalis nasi normal. Viel plausibler ist die Annahme, dass die Gefässveränderung sich auf die Ramification der Carotis externa beschränkt, und zwar wären dann die Affection des Sehnerven und des N. infraorbitalis durch Druck seitens der erweiterten Art. infraorbitalis zu erklären, welche aus der Art. maxillaris intern. entspringt, durch die Fissura infraorbitalis in die Orbita gelangt, die Periorbita versorgt und dann, in den Canalis infraorbitalis eingedrungen, den mit ihr in knöchernen Wänden eingeschlossenen Nerven schon durch mässige Erweiterung irritiren kann. Das rhythmische Geräusch gerade am rechten Ohr lässt sich dann aus einer aneurysmatischen Erweiterung der Arter. auricular. profunda und Art. tympanica erklären, ebenfalls Aesten der Arter. maxillaris intern., also Abkömmlingen der Carotis externa.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 4. März 1898. — Wiener klin. Wochenschrift 1898 No. 10.)

**Arznei-Exantheme.** Lesser hält einen Vortrag über **Antipyrinexantheme**, nicht die erythemartigen, urticariaähnlichen und bullösen Formen berücksichtigend, sondern nur die in loco recidivirenden und zu bleibenden Pigmentirungen führenden, von denen er 2 Fälle beobachtet hat. Ein 43jähriger Herr zeigte auf dem rechten Handrücken einen linsengrossen, etwas lividen, perlmutterartigen Fleck, einen ebensolchen, aussehend wie Frost, auf dem linken Zeigefinger, einige ähnliche auf dem linken Oberschenkel, dem Penis und um den After. Autor



konnte keine bestimmte Diagnose stellen. Nach 4 Wochen erschien Pat. wieder, mit der Angabe, die alten Stellen seien angeschwollen. In der That waren sämtliche pigmentirte Stellen angeschwollen und von einem rothen Hofe umgeben, und verursachten am Penis und After heftiges Jucken und Brennen. Pat. hatte am Abend zuvor 1 gr Migränin genommen. Nach einigen Wochen that Pat. das wieder, und schon nach 10 Minuten trat das Jucken und Brennen am Penis und After und nach wenigen Stunden dieselbe Eruption wie früher auf. Diese zeigte sich auch ebenso prompt auf Einnehmen von reinem Antipyrin. Im 2. Falle zeigte der Pat. auf der linken Seite des Unterleibes einen ca. markstückgrossen, ovalen, braunen Fleck und einen ähnlichen auf der grossen Zehe des linken Fusses, die beide anfallsweise anschwellen, jedenfalls nach Antipyrin, das Pat. wiederholt einnahm. Aehnliche Fälle fand Autor in der französischen Litteratur verzeichnet. Charakteristisch für diesen Typus ist: 1. Das Auftreten an wenigen, manchmal ganz vereinzelter Punkten, die unregelmässige und unsymmetrische Localisation und das Bestehen gewisser Prädilectionsstellen: Umgebung der Körperöffnungen (Gesicht, Genitalien, After), die äussersten Theile des Körpers (Hände, Füsse) und dem Drucke ausgesetzte Stellen; 2. das Zurückbleiben erheblicher Pigmentirungen; diese dunklen Stellen, oft von 8—10 cm im Durchmesser, können Jahre lang unverändert persistiren und zugleich eine geringe, frostbeulenartige Infiltration zeigen; 3) die Regelmässigkeit, mit der bei Recidiven immer wieder die alten Stellen ergriffen werden, wenn auch neue allmählig hinzukommen, was ja, gleich dem Brennen und Jucken, allen Antipyrinexanthemen eigen ist; 4. das ausserordentlich rasche Auftreten (oft schon 10 Minuten nach Einnehmen des Mittels). Die Diagnose ist oft recht schwierig. Fournier diagnosticirte einmal Psoriasis palmaris, Autor hielt den 1. Fall für einen abheilenden Lichen ruber. Was die Antipyrinexantheme im Allgemeinen betrifft, so kommen Fälle von erheblicher Schwere vor, mit hohem Fieber und starker Betheiligung der Schleimhäute, namentlich des Mundes, sowie von unangenehm langer Dauer. Auffallend ist die bizarre Art, in welcher reagirt wird auf das Mittel. Es giebt da 3 Arten: Manche neh-

men das Mittel einige Zeit lang ungestraft, bis einmal ein Exanthem auftritt und nun die Eruption das eine Mal auftritt, das andere Mal nicht; andere bekommen das Exanthem jedes Mal; endlich Andere vertragen das Mittel lange Zeit gut, bis auf einmal eine Reaction eintritt, und von nun ab auch nicht die kleinsten Dosen mehr ohne Reaction genommen werden. — In der Discussion berichtet Wechselmann über 5 Fälle von Antipyrinexanthem, von denen 4 in die beschriebene Klasse gehören. Ein Herr, der an Atheromatose und Nierenblutungen litt, zeigte einen einzigen, ca. 5 Markstück grossen Fleck mit Sullationen auf dem Handrücken; die Resorption war eine zögernde, und es blieb eine Pigmentirung zurück. Eine Dame bekam nach 1 gr Antipyrin ein Exanthem der Mundschleimhaut und der Lider, ein Herr ein solches auf dem Penis und in der Raphe scroti; im 4. Falle trat ein scharlachähnliches Exanthem über dem ganzen Körper auf, im 5. handelte es sich um einen Herrn, der auf beiden Handrücken, auf dem einen einen thaler-, auf dem anderen einen markstückgrossen pigmentirten Fleck zeigte und einige kleinere an Fingern, Unterarmen und Lippen. — Blaschko warnt vor Verwechselungen mit Syphilis, die leicht vorkommen (Exanthem zugleich im Munde und an den Genitalien!); er selbst sah 2 Fälle, die lange als Syphilis behandelt worden waren (unter dem Praeputium hatten sich Erosionen gebildet, die genau erodirten Papeln glichen). In 2 anderen Fällen war die Affection nur auf die Schleimhaut des Mundes beschränkt; es bildeten sich hier pemphigusähnliche Blasen, welche bald abblätterten und so schmerzhaft Ulcerationen zurückliessen, dass die Pat. sich 8 Tage lang nur von kalter Milch nähren konnte. Eine interessante Beobachtung machte Autor an sich selbst. Nachdem er lange Zeit Antipyrin ohne Schaden genommen, bekam er einmal nach 1 gr einen Herpes labialis am rechten Mundwinkel, und dieser zeigte sich von nun an jedes Mal nach Antipyrin an der gleichen Stelle 2—3 Stunden nach Einnahme, nachdem er aber schon nach  $\frac{1}{2}$  Minute an der Stelle ein heftiges Brennen verspürt hatte (auch bei Ordination von 1 gr und auch bei Dosen von  $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$  gr). — Gehlrich sah 2 Fälle, wo jedes Mal nach Antipyrin ein Herpes genitalis auftrat.

nach Einnahme sich an der betreffenden Stelle heftiges Brennen geltend gemacht hatte. Ein anderer Pat. bekam die gleiche Affection erst, nachdem er eine Blennorrhö acquirirt hatte; von da ab hatte er gleich nach Antipyringebrauch das Gefühl, als ob eine neue Blennorrhö (Jucken und Brennen in der Harnröhre) im Anzuge wäre, und nach einiger Zeit erschien der Herpes genitalis. — Bruck beobachtete einen Pat., bei welchem regelmässig nach Antipyrin ein thalergrosser Fleck auf der rechten Seite des Abdomens wiederkehrte, welcher sich in 8—10 Tagen zurückbildete und eine leichte Pigmentation hinterliess. — Rosenthal macht noch aufmerksam auf das Auftreten congestiver Oedeme nach Antipyrin, wobei Anschwellungen der Augen, Lider, Ohren u. s. w. sich zeigen; man denkt an Riesenurticaria, und doch handelt es sich lediglich um ein Antipyrinexanthem.

(Berliner dermatolog. Gesellschaft, 1./II. 98. — Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1898, Bd. 26, No. 5.)

- 2 **selteneren Formen von A.** hatte Dr. F. Bruck zu sehen Gelegenheit. Das eine Mal ein Antipyrin-Exanthem, interessant durch seine Localisation. Der sonst gesunde Pat. bekam jedes Mal nach Antipyrin an der rechten Seite des Abdomens einen thalergrossen, sich scharf gegen die Umgebung abgrenzenden, hyperämischen, etwas cyanotisch gefärbten Fleck (Kreis), der sich nach etwa 10—14 Tagen unter Hinterlassung einer ganz leichten Pigmentirung wieder zurückbildete. Die übrige Haut blieb immer frei, nur bestand jedes Mal zugleich mit dem Exanthem ein wenig Jucken im Gürtel, das aber rasch verschwand. Ein Grund für das Befallenwerden gerade jener Hautparthie nicht eruirbar. Fall 2 betraf eine 55jährige Dame. Diese verspürte eines Tages ein sehr heftiges Brennen im ganzen Gesicht, in dem sich alsbald einzelne Stellen durch eine deutliche, scharf begrenzte Röthe abhoben. Einige Tage später bemerkte man an beiden Augenbrauen, auf den Jochbögen und zu beiden Seiten des Kinns etwa Geschwülste von halbkugeliger gestirter, leichtblutender, höckeriger ebensolche Geschwulst sass in der linken Augwinkeln, einige kleinere, von intacter

gerötheter Haut überzogene auch auf der Stirn an der Haargrenze und zu beiden Seiten des Halses, — es sah Alles wie Mycosis fungoides aus. Die Anamnese ergab, dass Pat. seit einigen Wochen gegen klimakterische Beschwerden öfters Brom nahm. Dies wurde weggelassen, und die Tumoren bildeten sich, nachdem sie sich zunächst noch vergrößert und durch heftiges Brennen und Spannen sehr lästig geworden waren, unter indifferenter Behandlung zurück, starke Narben zurücklassend, die allerdings auch nach und nach verschwanden, sodass nach  $\frac{1}{2}$  Jahr nichts mehr sichtbar war.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1896 No. 28.)

**Augenentzündungen.** Das Protargol in der Augenheilkunde hat nach Darier eine grosse Zukunft. Es wirkt ausgesprochen antiseptisch, ohne irgendwie zu reizen und Schmerzen zu bereiten, und hat daher vor Argent. nitric. und Argentamin schätzenswerthe Vorzüge. Noch nie sah Darier durch ein Mittel so rasche Heilerfolge, wie mit Protargol, und dazu ohne jeden Schmerz. Eine Reihe von Fällen intensiver Conjunctivitis catarrhalis wurde erst 1 Mal täglich, dann jeden 2. Tag mit 10%iger Lösung kauterisirt und bald geheilt. Bei Blepharitis und Blepharo-Conjunctivitis wurde folgende Salbe benützt:

Rp.

*Protargol 1,5*  
*Zinc. oxydat.*  
*Amyl. aa 1,0*  
*Vaselin. 15.0.*

S. Salbe für die Augenlider.

Bei granulöser Conjunctivitis bewährte sich das Mittel ebenfalls, desgleichen bei Dakryocystitis, wo in 3 Fällen reichliche Einspritzungen jedes Mal die eitrige Secretion in einigen Tagen zum Schwinden brachten.

(La clin. ophthal. 1896 No. 1. — Allgem. medic. Central-Ztg. 1896 No. 1.)

— Einen Fall von sogen. lacrymaler Streptokokkenconjunctivitis stellte Axenfeld vor. Diese seltene, bisher nur in Frankreich und Italien beschriebene Affection fand sich bei einer 24jährigen Pat., die seit Jahren an einer Stenose des Ductus naso-lacrymalis litt. Ohne dass diese letztere stärkere Stauungserscheinungen machte und ohne eigentliche Dakryocystitis entwickelte sich sehr acut

eine heftige Conjunctivitis, bei der die starke pericorneale Injection, eine deutliche iritische Reizung ohne Hornhautentzündung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Präauriculardrüse besonders auffiel. Dieser Symptomencomplex legte sofort den Verdacht einer Streptokokkeninfection nahe, da derselbe bisher fast nur auf dieser Grundlage beobachtet ist, ausnahmsweise auch bei Pneumonieinfection. Die Iritis, die Präauricularschwellung und die öfters nachweisbare fieberhafte Störung des Allgemeinbefindens sind durch Toxinresorption zu erklären, wobei es freilich merkwürdig ist, dass diese Toxine ähnlich einer Atropinlösung durch die Hornhaut gelangen, ohne in dieser eine deutliche Entzündung zu veranlassen (histologisch würden sich wohl Hornhautveränderungen nachweisen lassen!), während sie in der Iris eine solche bewirken. Prognose bei Beseitigung der Stenose ziemlich gut, da dann durch die Thränenableitung eine Selbstreinigung zu geschehen pflegt. Freilich führt gerade Streptokokkeninvasion auf der Conjunctiva gern zu Pseudomembranen, auch bisweilen zu tiefer Nekrose und Allgemeininfection. Daher auch therapeutisch besser keine Aetzmittel (Argent. nitric.), nur antiseptische Ausspülungen und Atropin. Uebertragbarkeit bisher nicht beobachtet.

(Rostocker Aerztverein, 8. Jan. 1898. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 14.)

**Cirrhosis hepatis.** Einen Fall von tödtlicher Blutung aus einer Oesophagusvarice bei C. beschreibt Dr. C. Bruns (Braunschweig, Herzogl. Krankenhaus). Ein 53jähriger Schuhmacher wurde am 31./X. 97 eingeliefert. In der Jugend Lues, später starker Schnapstrinker. Seit 1 Jahre langsam zunehmende Schwellung der Beine und des Bauches, seit  $\frac{1}{4}$  Jahr hochgradig. Vor 6 Wochen starkes Blutbrechen (angeblich schwarze Gerinnsel, seitdem bettlägrig, sehr rapide Abmagerung. Vor 14 Tagen Seitens des Hausarztes Punction des Ascites (8 l), die Wunde zeigte keine Neigung zur Heilung, im Gegentheil: es begann die Ascitesflüssigkeit langsam auszusickern, sodass Pat. in desolaten Zustand gerieth. Status praesens: Mittelkräftig gebauter Pat., stark abgemagert, hochgradige Kachexie und Anaemie, graugelbliches

Colorit, leichter Ikterus; beide Beine, Genitalien, Rücken, Bauch stark ödematös; Zunge schmierig belegt, Soor; untere Grenze der Brustorgane wegen starken Ascites nach oben gedrängt (rechts IV. Rippe); beiderseits mässiger Hydrothorax; Herz normal; Puls sehr klein, regelmässig, etwas beschleunigt; in der Gegend der Gallenblase, am unteren Leberrand ein faustgrosser, harter, druckempfindlicher Knoten fühlbar; Leber- und Milzgrenzen wegen des Ascites nicht genau festzustellen; Stuhl normal; Urin enthält Spuren Gallenfarbstoffes. Ordination: Digitalis, Diuretin. 2./XI. Medicamente ohne Wirkung; seit letzter Nacht Pat. eigenthümlich verfallen, soporös; Puls frequent, kaum fühlbar; Stuhl und Urin zum grössten Theil ins Bett gelassen: Temp. 38—39°. 3./XI. Pat. hat Stuhl und Urin, beide von normaler Farbe, ins Bett gelassen; sehr blass, reactions- und pulslos; Herzthätigkeit frequent, Töne leise; sonstiger Befund unverändert. Morgens 10 Uhr Exitus. — Die klinische Diagnose schwankte zwischen C. und malignem Tumor der Gallenblasengegend mit event. ulcerösem Process des Magens. Für ersteres sprach die Anamnese; auf maligne Affection deuteten das Blutbrechen, die rapide Abmagerung, der Localbefund. Man entschied sich für Carcinom, zumal auch der behandelnde Arzt seiner Zeit nach Ablassen des Ascites deutlich einen Tumor gefühlt haben wollte. Sectionsbefund: Oesophagus, Magen, Dünndarm, Colon ascendens, Quercolon mit flüssigem Blute, der grösste Theil des absteigenden Colons mit Koth von normaler Farbe gefüllt; kleine spaltförmige Oeffnung in einer der vielen Oesophagusvaricen gerade in der Mitte der Speiseröhre (Quelle der Blutung!), Leber stark cirrhotisch geschrumpft; Gallenblase stark gefüllt, mit einer Anzahl Concrementen. So erklärte sich der Localbefund, so der rasche Verfall (eine klinische Diagnose auf Verblutung gehörte doch wohl bei dem Fehlen von Blutbrechen und Blutstuhl zu den Unmöglichkeiten!), so der diagnostische Irrthum.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1898 No. 14.)

**Epilepsie.** Ueber die Bedeutung der Cardiacae bei Behandlung der Epilepsie äussert sich Prof. v. Bechterew (St. Petersburg). Derselbe hat schon 1894 den gleich-

zeitigen Gebrauch von Brom und Adonis vernalis warm empfohlen (s. Excerpta IV, S. 305) und verordnete damals:

Rp.

*Inf. Adon. vernal. e 2,0—3,75*  
*ad colat. 180,0*  
*Natr. bromat. 7,5—11,25*  
*Codein. p. 0,12—0,18.*  
 S. Täglich 4—6—8 Esslöffel.

Autor verfügt bereits über umfangreiches Material, an dem er die Therapie erprobt hat und bewährt fand, meist Personen, bei welchen die Bromsalze allein keine oder nur geringe Wirkung geäussert hatten, während jene Combination selbst in schweren Fällen noch oft genug die Anfälle gänzlich beseitigte und sogar dauernde Wiederherstellung bewirkte, und nur ganz selten ebenfalls in Stich liess. Als Beispiel dauernder Heilung erzählt Autor den Fall eines 24jährigen Pat., der von seinem 16. Jahre fast alle 2—4 Wochen Anfälle hatte; letztere kamen z. B. 1892 am 28./II., 19./X., 30./X., 4./XII., 1893 am 10./I., 28./I., 6./IV., 29./IV., 15./VI., 19./VI., 7./VII., 2./IX., 22./IX., 2./X., 19./X., 1./XI. Unter dem Einfluss der Anfälle hatte sich schon Gedächtnisschwäche ausgebildet, und da die Anfälle selber durch geistige Anstrengung frequenter wurden, so musste Pat. das Gymnasium verlassen. Anhaltende Behandlung mit Bromsalzen, mit grossen Gaben Jodkali und anderen Mitteln hatte gar nicht gewirkt, sodass die Mutter zum Autor wegen event. Trepanation kam. Dieser wollte doch noch einen Versuch mit internen Mitteln machen und verordnete zunächst Anfang November Bromide in grossen Dosen. Bald darauf, noch im November, neuer Anfall von früherer Intensität. Jetzt verschrieb Autor:

Rp.

*Inf. Adon. vernal. 2,0 : 180,0*  
*Kal. brom. 12,0.*

S. Täglich 6 Esslöffel zu nehmen.

1 Monat darauf (4./XII.) Anfall, aber schwächerer. Verstärkung der Gabe von Adon. vernal. (auf 2,8), sonst idem. Noch am 23./XII. sehr schwacher Anfall, der letzte. 3 Jahre lang (bis Novemb. 1896) hat Pat. die Mixtur ununterbrochen in derselben Zusammensetzung und Quantität genommen; während dieser Zeit kein Anfall, Pat. konnte weiter lernen, sein Abiturientenexamen

machen, auch machte er Scharlach durch, setzte da die Mixtur 2—3 Wochen aus ohne Schaden und blieb weiter wohl. Vom November an wurde nur Brom weiter gegeben, und da bis jetzt  $3\frac{1}{2}$  Jahre verflossen sind, kann man wohl von Heilung sprechen, aber auch das behaupten, dass Adon. vernal. mit Bromiden viele Jahre ausgezeichnet vertragen wird. Selten beobachtete Autor Neigung zu Durchfall, der aber dadurch, dass Autor gewöhnlich Codein als beruhigendes Mittel gegen event. deprimierte Gemüthsstimmung und Reizbarkeit mit giebt, meist paralysirt wird. Nur ausnahmsweise wird Adon. vernal. selbst mit Codein nicht vertragen. In solchen Fällen verordnet Autor eine Combination von Digitalis mit Bromiden:

Rp.

*Infus. Digital. 0,5—0,75 : 180,0*

*Natr. bromat.*

*Kal. bromat. aa 6,0—8,0*

*Codein. 0,15—0,2,*

S. Täglich 4—8 Löffel voll.

Auch diese Mixtur wirkte sehr günstig, ja oft noch besser, wie obige, wobei jede Cumulation der Digitaliswirkung ausblieb und Monate lang ununterbrochene Darreichung nicht schadete, sondern nur erheblichen Nutzen brachte und ebenfalls Heilung herbeiführte, sogar in einzelnen Fällen, wo Adon. vernal. dies nicht vermocht hatte; letzteres war allerdings nur vereinzelt der Fall, im Allgemeinen ist obige Combination vorzuziehen. Und wie wirken nun die Cardiacae? Der regulirende Einfluss aufs Herz ist wohl der maassgebende Factor. Autor beobachtete, dass die Herzthätigkeit bei epileptischen Anfällen gewöhnlich äusserst beschleunigt ist, sogar dann, wenn der Anfall sich nicht durch allgemeine oder weit ausgebreitete Krämpfe äussert. In manchen Fällen constatirt man schon vor dem Anfall eine von Angstgefühl begleitete Beschleunigung der Herzschläge, — jedenfalls gehört diese zu den constanten Symptomen der E. und ist vielleicht nicht ganz bedeutungslos bei der Pathogenese der Anfälle selbst. Dazu kommt die diuretische Wirkung der Cardiacae, durch die etwaige im Blute circulirende, bei E. ätiologisch in Betracht kommende Toxine fortgeschafft werden; endlich die gefässverengernde Wirkung (der Adon. vernal.), die



vielleicht auf die Hirngefässe oder die Gefässe anderer Organe, die hier mitspielen und erweitert sind, von Einfluss ist, — jedenfalls wirken die Cardiacs in der Praxis vorzüglich. — Obige Combinationen bewährten sich übrigens auch oft bei Neurasthenie und anderen functionellen Störungen allgemeinen Charakters, besonders wenn letztere von nervösen Herzpalpitationen begleitet waren.<sup>1</sup>

(Neurolog. Centralblatt 1898 No. 7.)

- Die **Opium-Brombehandlung**, die Flechsig vor einigen Jahren empfohlen hat, besteht bekanntlich in einer plötzlichen Entziehung von Opium unter Einsetzung von Brom. Er giebt zunächst kleine Dosen Opium (2—3 Mal täglich 0,05) und steigt allmählig bis 1 gr pro die in Dosen von 0,25—0,35. Nach 6 Wochen entzieht er den Pat. plötzlich das Opium und giebt dafür Brom in grossen Dosen (ca. 7,5 gr pro die) etwa 2 Monate lang, worauf er allmählig bis auf 2 gr pro die heruntergeht. — Dr. Warda (Blankenburg-Schwarzathal) hat jetzt 43 Pat. so behandelt, von denen 55% gebessert wurden. Er gab nach dem Opium den Pat. Brom zu 6 bis 9 gr pro die (Kindern 3 gr), welches Quantum er, falls keine Störungen auftraten,  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Jahr beibehält, um dann allmählig von Halbjahr zu Halbjahr zurückzugehen; noch nach 2 Jahren erhielten die Pat. 1—2 gr. Dabei Monate lang Bettruhe und gute Pflege. Günstiger Erfolg, namentlich bei jugendlichen Epileptikern. Das Ueberwiegen von petit mal-Anfällen, das Vorkommen von länger dauernden Aequivalenten und anderen psychischen Störungen und das Vorherrschen stärkerer psychisch-epileptischer Degeneration gaben eine ungünstige Prognose. Pat. mit intacter Psyche oder geringerer Degeneration reagirten auf die Behandlung gut. Zu widerrathen ist die Cur bei körperlich Heruntergekommenen. Obwohl der Ernährungszustand vor Beginn der Cur gehoben worden war, geriethen 2 Pat. durch Opium-intoxication in einen Status epilepticus, in dem bei einem der Tod erfolgte. In einem anderen Falle kam es zu schwerem Bromismus mit erhöhter Temperatur, unregelmässiger Athmung und Periculum vitae.

(Monatsschr. f. Psych. und Neurologie, Bd. II, S. 257.)

- Die **Flechsig'sche Methode** benützte Dr. Kellner (Alsterdorf bei Hamburg) in 12 geeigneten (keine Demenz, guter Kräftezustand, gewöhnliche Bromtherapie wirkungslos) Fällen. Heilung in keinem Falle, 6 Mal Besserung, 5 Mal keine Wirkung (1 Pat. entzog sich der Behandlung).

(Deutsche medic. Wochenschrift 1898 No. 5.)

- Die **Gefahren der Flechsig'schen Methode** zeigt eine Publication von Dr. Bratz (Wuhlgarten). Von 43 Pat. gingen 3 während der Behandlung im Status epilepticus zu Grunde. 28 regelmässig wöchentlich gewogene Pat. nahmen durchschnittlich während der Opiumdarreichung um 3360 gr ab. 5 Mal in der ersten Bromkalizeit Tage bis Wochen lang andauernde epileptische Psychosen, bei mehreren Pat. während der Opiumzeit Delirien! Die therapeutischen Resultate meist negativ, mehrmals fraglich, in einzelnen Fällen gut.

(Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIV, S. 208.)

- Das **Nebeneinandervorkommen von E. (resp. epileptiformen Anfällen) und Diabetes mellitus (resp. Glykosurie)** hat Prof. Ebstein (Göttingen) in 3 Fällen beobachtet. Man hat also bei E. dauernd dem Urin seine Aufmerksamkeit zuzuwenden!

(Deutsche medic. Wochenschrift 1898 No. 1/2.)

**Furunkel.** An einem F. gestorben ist ein Mann, dessen Niere E. Fränkel demonstriert. Pat. bekam einen F. des behaarten Kopfes, der zu einer septischen Thrombophlebitis der Venen der Galea aponeurotica und des Sinus cavernosus führte und mit metastatischer Pyämie letal endete. In der Niere sind die miliaren Abscesse sichtbar. Gleich gefährlich sind noch die F. der Lippen und Wangen.

(Biolog. Abtheilung des ärztl. Vereins Hamburg, 25./I. 98. — Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 9.)

- Dr. L. D. Bulkley wendet seit 10 Jahren bei F. und Carbunkel mit bestem Erfolge folgende Salbe an:

Rp.

*Acid. carbolic.* 0,3—0,6  
*Extract. Ergotin. fluid.* 4,0—8,0  
*Amyl. pulv.*  
*Zinc. oxyd.* aa 8,0  
*Unguent. aq. ros. ad* 100,0.

M. f. ung.

Die Salbe wird in dicker Lage auf ein Stück Watte gestrichen und diese auf die entzündete Fläche gelegt. Die Enden der Watte reichen über den Bezirk des F. hinaus und werden durch Heftpflasterstreifen derart befestigt, dass die direct über dem F. befindliche Watte zwar frei von Pflaster, aber doch gut festgehalten wird. Die Salbenwatte kann also 12—20 Stunden gewechselt werden, nachdem vorher etwaige Absonderungen entfernt und die Fläche gereinigt und abgetrocknet ist.

(British Medical Association 1897. —  
 Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1898, Bd. 26, No. 5.)

**Hernien.** Ueber Hernien und Herniotomien während der Gravidität und im Wochenbette lässt sich, im Anschluss an einen von ihm jüngst mit gutem Erfolge operirten Fall einer während des Geburtsacts incarcerirten Hernie, Prof. Dr. H. Fischer (Berlin) aus. Er betont zunächst die in praxi immer noch zu wenig beachtete Thatsache, dass die H. sich während der Gravidität erst dann zurückzuziehen pflegen, wenn der wachsende Uterus die Därme zurückdrängt und die Bruchpforte verlegt. Auch dies geschieht nicht immer, zumal wenn Verwachsungen des Bauchinhalts mit der Pforte bestehen oder adhärente Därme zwischen Gebärmutter und Bruchpforte liegen bleiben, oder auch, wenn eine starke seitliche Verschiebung des schwangeren Uterus die Bruchpforte frei erhält. Es prolabiren daher die H. während der Schwangerschaft sehr häufig und ihre Gefahren bleiben während derselben bestehen. Wenn sie sich aber auch retrahiren, so können doch während des Geburtsactes, besonders in dem Moment, wo die Krampfwehen beginnen und der Uterus sich schnell verkleinert, die Bruchpforten plötzlich frei und die H. gewaltsam hervorgepresst und eingeklemmt werden. Kleine, bisher wenig beachtete H. pflegen sogar während der ersten Hälfte der Schwangerschaft eine beträchtliche Vergrößerung zu erfahren, da die Bruch-

pforten sich erweitern und der beständig zunehmende Umfang, auch die wechselnde Gestalt des Leibes die Zurückhaltung des Bruches erschweren. In dieser Zeit werden daher auch die Einklemmungen von H. bei Schwangeren am häufigsten beobachtet, im Allgemeinen aber doch ziemlich selten, da ja die Frauen in dieser Zeit sich schonen und alle Schädlichkeiten vermeiden; während der Entbindung aber pflegen tüchtige Hebeammen die H. zurückzuhalten und so Einklemmung zu verhüten. Für die Behandlung gelten natürlich dieselben Regeln, wie für H. sonst. Bruchbänder werden Graviden freilich sehr lästig, und besonders die deutschen verschieben sich leicht, beengen und pressen, während die englischen viel besser sind. Bei kleinen Nabelhernien Schwangerer hat Autor von einem Heftpflasterverband, wie er bei Kindern üblich, gute Erfolge gesehen, wenn darüber noch eine gute Leibbinde getragen wird. Andere H. verschwinden manchmal durch längeres Bettlager und Tragen des englischen Bruchbandes. Man hat früher die Herniotomie während der Gravidität und im Wochenbett sehr gefürchtet und peinlich vermieden; doch stets zum Unheile der Pat. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Herniotomie kurz nach den erschöpfenden Momenten der Entbindung durch Shokerscheinungen bedrohlicher Natur und eine solche während der Gravidität durch Eintritt eines Abortus gefährlicher als sonst werden kann. Also besser, ohne Narkose, unter Schleich, zu operiren, damit nicht Erbrechen und Abort eintritt, und Wöchnerinnen sofort nach der Entbindung und unter allen Cautelen der Laparotomie zu operiren, ehe die schweren Collapserscheinungen der Incarceration beginnen, damit diese nicht dem Shok nach der Operation die Hand reichen.

(Deutsche medicin. Wochenschrift 1898 No. 9.)

- Ein regulirbares Glycerin-Druckpelotten-Bruchband (Bandagist Loewy, Berlin) empfiehlt warm Dr. Karewski (Berlin). Das Druckkissen ist mit Flüssigkeit gefüllt und durch einen geeigneten Federdruck unter eine so hohe Spannung versetzt, wie erforderlich ist, um einen festen, aber doch elastischen Druck auszuüben, auch vermag derselbe Druck die Bruchpforte in ihrer ganzen Ausdehnung zu comprimiren. So verschliessen relativ

kleine Pelotten grosse Bruchpforten, die Bruchbänder sitzen fester und bequemer, als die bisherigen. Für Leistenhernien wird der Angriffspunkt für den Druck der kleinen Pelotte oberhalb des Os pubis verlegt, so dass dieses selbst unbedeckt bleibt. Das wird dadurch erzielt, dass die Pelotte stumpfwinklig zum Federhalse absteht, sodass der Hauptdruck sich auf diejenige Stelle des Bruchcanals concentrirt, aus welcher das Eingeweide hervortritt. In Folge dieser Construction kann die auf kleine Fläche beschränkte Pression mit grosser Sicherheit die Intestina zurückhalten, und es wird das Hauptübel der bisherigen Pelotten vermieden, dass unter dem Bracherium die Därme hervortreten. Für Nabelhernien hat die Pelotte die Form einer Kugel, welche zwischen 2 mit rundem Ausschnitt versehenen Federn so zusammengedrückt wird, dass diese Kugel selbst sich erst nach der Bruchpforte formt, d. h. es wird so viel von der elastischen Flüssigkeitsblase in die Pforte hineingedrückt, dass diese gerade geschlossen wird. Dadurch wird auch verhindert, dass eine den Umfang der Bruchpforte überragende Pelotte erstere vergrössert. Die Fixirung der Pelotte geschieht so, dass an den Enden der beiden Federn bewegliche senkrechte Stäbchen sich befinden, an welche der Gurt befestigt wird. Dadurch kann auch bei stärkeren Bewegungen die Pelotte fest sitzen, da an ihr die Gurte und Stäbchen sich hin und her bewegen können. Das Nabelband sitzt also nicht nur ruhig, sondern hat auch sehr geringen Umfang und mässiges Gewicht. Es hat sich auch bei kleinen Kindern bewährt und scheint allen anderen Bandagen vorzuziehen zu sein.

(Deutsche medic. Wochenschr. 1898 No. 9.)

- Ein belehrendes Beispiel von der **Gefährlichkeit der forcirten Taxis eingeklemmter H.** giebt Dr. E. Bennecke (Berlin, chirurg. Universitätsklinik). Eines Abends wurde ein 41jähriger Mann eingeliefert, welcher angab, seit vielen Jahren an einem rechtsseitigen Leistenbruch zu leiden, den er aber stets durch Bruchband hätte zurückhalten können, wobei aber doch eine kleine Geschwulst im Hodensack immer zurückblieb. Vor 2 Tagen sei der Bruch bei einer leichten Anstrengung herausgetreten und nicht zurückzubringen ge-

wesen. 2 Stunden später begann der Arzt die Taxis, zunächst allein, und setzte sie dann mit einem Collegen in Narkose fort, bis sie schliesslich — noch am selben Abend — anscheinend von Erfolg begleitet war, der Bruch zurückging. Seit der Narkose verspürte aber Pat. in der rechten Seite des Leibes Schmerzen, über die ihn der Arzt beruhigte, bis er ihm 2 Tage später, als Flatus und Stuhl sich trotz Eingiessungen nicht einstellten, wohl aber die Schmerzen unerträglich wurden, den Rath gab, ins Krankenhaus zu gehen. Pat., der Abends gegen 8 Uhr ins Krankenhaus kommt, ist ein kräftiger Mann mit gutem Fettpolster. Gesicht etwas verfallen, bleich, Athmung beschleunigt, oberflächlich, Puls bis 96, unregelmässig, nach dem 3. oder 4. Schläge aussetzend, Temp. 36,5°; Abdomen gleichmässig sehr stark aufgetrieben, Peristaltik durch die Decken hindurch nicht sichtbar. Sonst Percussionsschall überall hoch tympanitisch, auf der rechten Seite des Leibes deutliche Dämpfung vom Ligament. Poupartii an nach aufwärts bis zur Nabelhorizontalen. In diesem Bereich deutliche Resistenzvermehrung fühlbar; Palpation wenig schmerzhaft, kein Oedem. Der ganze rechte Leisten canal emporgewölbt. Im Scrotum fühlt man einen kleinhühnereigrossen Knollen, den man in den Leisten canal schieben kann, wo er bei nachlassendem Druck sofort wieder ins Scrotum tritt. Bruchpforte für 2 Finger durchgängig. Diagnose: Schwere Passagestörung im Darm canal, wahrscheinlich hervorgerufen durch Scheinreduction eines eingeklemmten Bruches. Daher sofort Operation. Langer, schräg verlaufender Schnitt oberhalb des rechten Ligament. Poupartii gerade über die Dämpfung hinweg, endend einige cm oberhalb und lateral von der Spina anter. super. Nach Durchtrennung der Bauchdecken kommt man in einen Hohlraum, aus dem stark übelriechendes Gas ausströmt. Nach breiter Eröffnung dieser Höhle ergiesst sich aus ihr reichlich stinkende, aber nicht fäculente, schwarzrothe, dünne Flüssigkeit, gemischt mit schwarzen Blutcoagulis. In der Höhle eine schwarzrothe, geblähte, mehrfach geknickte Dünndarmschlinge von ca. 40 cm Länge. Die nähere Betrachtung ergibt nun, dass sich dieses Darmstück überhaupt nicht im Bauchraum befindet, sondern dass derselbe durch eine dünne Membran von

der Höhle getrennt ist. Zur Klarstellung dieser ausserordentlichen Verhältnisse Verlängerung des Schnittes über den Leisten canal nach unten bis ins Scrotum, Freilegung und Eröffnung des Bruchsackes. Dabei zeigt sich, dass nahe dem äusseren Leistenring ein Netzstrang im Bruchsack angewachsen ist, dessen peripheres Ende in den Leisten canal zurückgeschoben ist und durch ein Loch im Peritoneum des Leisten canals in jene grosse, oben beschriebene Höhle ein Stück hineinragt, Netz nicht nekrotisch. In eine Tasche oder Nische des Netzes schmiegt sich die Darmschlinge und verlässt mit dem Netz zugleich die Bauchhöhle, um in jene Höhle einzutreten. Letztere ist, wie nun klar wird, entstanden durch eine Ablösung des Peritoneum parietale, welches die mediale, gegen die Bauchhöhle zu liegende Wand bildet, während die äussere Wand aus der Fascia transversa resp. Beckenfascie besteht. Die Circulationsstörung des Darms ist aber weder durch das Loch im Bruchsack, noch durch die enge Umschlingung des Netzes bedingt, sondern sie liegt im inneren Leistenring. Die Einschnürung ist so fest, dass der Darm nicht vorgezogen werden kann. Dies gelingt erst, nachdem der Ring mit dem Messer eingeschnitten ist. An beiden Schenkeln des Darmes mässig ausgebildete Schnürrinne. Der abgeschnürte Darm nicht lebensfähig, auch sein Mesenterium mehrere cm weit dunkelviolett verfärbt. Die Hohle zwischen Peritoneum und Beckenwand wird gründlich ausgewaschen und durch die Bauchwand nach hinten drainirt. Der Darm wird, nachdem das Loch im Bruchsack in den Schnitt hinein gespalten ist, aus dem Leistenring bis reichlich ins Gesunde hervorgezogen und ausserhalb der Bauchwand gelagert. Das eingeklemmte Netz wird abgebunden und abgeschnitten. Der innere Leistenring wird durch Jodoformgaze gut geschützt, die heraushängende Darmparthie rasch einschliesslich des nekrotischen Mesenteriums in einer Länge von 45 cm resecirt. Es blutet fast gar nicht, die Gefässe des Mesenteriums sind deutlich thrombosirt. Aus dem einen Darmlumen fliesst viel dünner Koth ab. Von der sofortigen Naht der Darmenden wird Abstand genommen, da der Zustand des Pat. rasche Beendigung der Operation erheischt. Da die beiden Enden des Darms keine Neigung zur Retraction zeigten, wurden sie ohne Fixirungsnah

aussen liegen gelassen, mit viel Gaze umgeben, die Bauchhaut mit Salbe geschützt. Verband. Im Laufe der Nacht fortdauernde Verschlechterung des Zustandes, Morgens, etwa 12 Stunden post operat., Tod unter dem Bilde der Herzschwäche. Die Section bestätigte vollkommen die Diagnose; Peritonitis fand sich nicht, am Herzen braune Atrophie in mässigem Grade. — Und die Deutung des Falles? Der Mann hatte einen rechtsseitigen Scrotalbruch mit angewachsenem Netz. In den Bruchsack trat eine Darmschlinge, welche sich einklemmte. Bei den übertriebenen Repositionsversuchen in Narkose wurde der Bruchinhalt stark in den Leistencanal gedrückt, der Bruchsack gesprengt, worauf Darm und Netz sich eine Höhle zwischen Peritoneum parietale und Fascia transversa resp. Beckenfascie wühlten. Die Einklemmung blieb natürlich bestehen. — Dass der Misserfolg der Repositionsversuche wohl erkennbar gewesen wäre (Geschwulst im Leistencanal, charakteristische Klagen des Pat., Ausbleiben von Stuhl und Flatus!), ist ebenso zweifellos, als dass die sofortige Laparotomie das einzige Rettungsmittel gewesen wäre. Uebertriebene Taxisversuche haben schon viel Unheil angerichtet, namentlich in Narkose gemachte, wo das Fehlen von Schmerzensäusserungen zur Anwendung grösserer Kraft verführen. Der Darm wird zwar selten gesprengt, aber immerhin ist es für die Lebensfähigkeit der Darmwand nicht gleichgültig, mit welcher Energie sie gedrückt wird, besonders aber für die der Einschnürungenstellen. Es kann sich Nekrose, Peritonitis ausbilden, Verwachsungen können noch nach Monaten zu Stenoseerscheinungen führen; weiter kann forcirte Taxis die sogen. Enbloc-Reposition zur Folge haben, bei welcher der Bruchsack sammt den in ihm eingeklemmten Eingeweiden in die Bauchhöhle zurückgeschoben wird; endlich kommen Zerreibungen und Abreissungen des Bruchsackes hinzu (s. obigen Fall). Gewiss ist es nicht immer möglich, so etwas zu vermeiden, besonders in ländlicher Praxis, möglichste Vorsicht ist dringend. In obiger Klinik wird so verfahren: mit maximaler Kraft gearbeitet, stets mit der Hand! Kommt ein frischer Perforationsstich auf Perforation oder dem Repositionsversuche, die Taxis unter



Flexion der Hüftgelenke keinesfalls länger als 10 Minuten versucht. Sie wird aber kürzere Zeit wiederholt, nachdem Pat. mit erhöhtem Becken etwa 1 Stunde mit einer Eisblase auf dem Bruch zu Bett gelegen hat. Dann Vorbereitung zur Operation durch ein warmes Bad (noch auf dem Operationstisch gehen dann bisweilen die H. auffallend leicht zurück!), event. Operation. Letztere wird bei Fällen, wo ausserhalb schon Taxis versucht wurde, wenn letztere nicht sofort zum Ziel führt, sofort gemacht, ebenso, ohne jeden Taxisversuch, bei Erscheinungen von Perforation, Entzündung etc. So blieb man bisher von Unfällen verschont.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 12.)

**Hyperidrosis** und Osmidrosis wird nach Unna recht gut durch Formaldehyd beeinflusst. Besonders bei Osmidrosis axillaris wirkt gut eine Kühlsalbe:

Rp.

*Adip. lan. 20,0*  
*Sol. Formalin. 10,0—20,0*  
*Vaselin. 10,0.*

Die augenblickliche Wirkung auf Schweiss und Geruch ist evident, aber Radicalheilung kommt doch nur selten zu Stande. Um wenigstens palliative Wirkungen bequem und dauernd erzeugen zu können, hat Unna bei der Firma Th. Douglas eine 5%ige überfettete Formalinseife herstellen lassen, die zu ständigem Gebrauch bei Osmidrosis und H. empfehlenswerth ist, besonders aber auch zum Reinigen der Hände nach Beschäftigung mit putriden Stoffen, nach Sectionen etc.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1898 Bd. 26 No. 4.)

**Hysterie.** Angebliche Lipurie bei einer Hysterica beobachtete Casper. Vor 11 Tagen wurde ihm von einem auswärtigen Kollegen eine 23jährige Dame aus sehr guten Kreisen zugeführt, die seit über 2 Jahren schwer leidend ist, d. h. dauernde sehr starke Schmerzen in der rechten Nierengegend hat, die zeitweise in Koliken ausarten sollen. Pat. war so leidend, dass ihr Hausarzt sie von Stettin nach Berlin begleiten musste. Die Abnormes erkennen. Pat. brachte trübe aus, war sauer, hatte etwas bei der mikroskopischen Unter-

suchung fettreich, sodass das Gesichtsfeld schwamm von kleinen Fettkügelchen. So soll der Harn seit Jahren beschaffen sein! Und auch in den nächsten Tagen liess die Kranke solchen lipurischen oder chylurischen Harn, d. h. sie zeigte ihn vor. Einmal wurde er per Katheter genommen, und siehe da: er war ganz klar und frei von Fett! Und jedes Mal beim Katheterisiren kam solcher Harn, wenn aber Pat. ihn allein, unbeobachtet liess, da war er trüb und fett-haltig. Dazu das gute Aussehen der Pat. trotz ihres langen Leidens, — da musste was dahinter stecken. Der Pat. wurden 500 gr Borsäurelösung in die Blase gelassen, währenddessen untersuchte man ihre Kleider und fand darin — ein Fläschchen mit saurer Milch. Rasch wurde in diese Jodkali gethan, dann die Flasche an ihren Platz gethan. Pat. wurde aufgefordert, die Blase zu entleeren, sie konnte das aber angeblich nicht und brachte es erst, allein gelassen, zu Stande. Die Borsäurelösung war fettig und ergab positive Jodreaction! Vielleicht lassen sich manche andere Fälle von Fettharn ähnlich erklären!

(Berliner medic. Gesellschaft 1896, 19. Januar. —  
Berl. klin. Wochenschrift 1896 No. 5.)

- Ueber einen Fall von Hysterie mit reflectorischer Pupillenstarre machte Prof. Oppenheim (Berlin) in einer seiner Vorlesungen (26./I. 98) Mittheilung. Die Pat. kam Tags vorher in die Poliklinik, deren Hilfe sie schon einige Wochen vorher in Anspruch genommen hatte, wo sie Autor allerdings nicht sah. Bei ihr hat sich seit Juni v. J. eine Schwäche und Gefühllosigkeit in der rechten Körperseite entwickelt. Autor erinnerte sich sofort, dass er die Pat. schon vor 15 Jahren behandelt habe. Jetzt findet man bei ihr eine Abstumpfung des Schmerzgefühls auf der ganzen rechten Körperseite. Pinselberührungen werden deutlich wahrgenommen, auch das Lagegefühl ist erhalten, dagegen sind neben der Schmerzempfindung die Sinnesfunctionen beeinträchtigt; es ist nämlich vorhanden concentrische Einengung des Gesichtsfeldes (doppelseitig), rechts dazu Abstumpfung des Geruchs und Geschmacks, endlich beträchtliche Herabsetzung der Hörschärfe (beiderseits). Vor einigen Wochen waren noch andere Erscheinungen da,

die auf H. hinwiesen: Singultus, Globus, Angstzustände; ein grosser Theil der Beschwerden wurde durch Behandlung beseitigt. Es besteht aber noch (und Autor constatirte sie schon vor 15 Jahren) absolute Pupillenstarre für Licht. Kann man nun die Diagnose noch aufrecht erhalten? In vereinzelten Fällen ist ja im hysterischen Anfälle vorübergehend Pupillenstarre beobachtet worden; das ist aber sehr selten; noch viel auffallender ist aber das Symptom in der anfallsfreien Zeit, die dauernde Pupillenstarre ohne Myosis, wie sie hier besteht (spastische Myosis kommt als Symptom der H. vor und kann Pupillenstarre bedingen!). Die echte dauernde reflectorische Pupillenstarre gehört jedenfalls nicht zum Bilde der H. Und doch hat Autor im Laufe der Jahre wohl 10 Fälle gesehen, wo neben den Symptomen der H. diese reflectorische Pupillenstarre bestand. Letztere ist nun aber das einzige Symptom einer Anzahl organischer Krankheiten des Nervensystems: der Lues cerebri, Tabes, Dementia paralytica. Da wir wissen, dass mit allen diesen Affectionen H. sich verbinden kann, so haben wir in derartigen Fällen aus dem Verlaufe oder der Anamnese zu ermitteln, dass neben der H. eines dieser Leiden vorliegt, vorgelegen hat oder noch zur vollen Entwicklung kommen wird. Es sind in der That bei solchen Fällen, wo neben einer Neurose oder Psychose functioneller Natur reflectorische Pupillenstarre sich fand, später Tabes oder Dementia paralytica gesehen worden; andererseits giebt es Fälle, in denen eine Lues cerebri abheilte und nur eine Pupillenstarre zurückblieb. Die Krankengeschichte nun, die Autor vor 15 Jahren aufgenommen, lautete so: 49jährige Frau, Lues vor vielen Jahren. Januar 1883 wiederholt Schwindel und Ohnmachtsanfälle, lästiges Erbrechen, fast permanenter intensiver Kopfschmerz, Ohrensausen und krampfartige Zuckungen. Mai: Apoplektischer Insult, der eine linksseitige Hemiparese zurückliess; die Sehkraft lässt nach, die geistigen Fähigkeiten nehmen ab. August 1883 Aufnahme; von da ab bis December klinische, dann mehrere Monate poliklinische Beobachtung. Mai 1884 wegen Verschlimmerung erneute Aufnahme. Das Krankheitsbild setzte sich zusammen aus dauernden Symptomen und solchen, die in fast regelmässigen

periodischen Intervallen von 24 Stunden auftraten. Auszug aus dem Krankenjournal: 7. Juni, guter Tag; Pat. bei freiem Sensorium, Pupillen eng und lichtstarr, Gesichtsfeld concentrisch eingeengt, Sehschärfe links etwas herabgesetzt, Geruch und Geschmack fehlt, Flüstersprache erst dicht am Ohr; Knochenleitung links aufgehoben; totale linksseitige Hemianalgesie, auf der Kopfhaut fehlt auch rechts das Schmerzgefühl, ebenso ist das Muskelgefühl in den linken Extremitäten deutlich alterirt; links Hemiparese, das linke Bein wird beim Gehen nachgeschleppt. 8. Juli, schlechter Tag: Pat. liegt schlafstüchtig, stöhnend da; Jactation, ab und zu Zuckungen, klagt über intensive Schmerzen am Hinterhaupt und in der linken Gesichtshälfte, sowie lancinirende Schmerzen in den linken Extremitäten, Schwindel, Angst, Erbrechen; sieht Alles wie durch einen Schleier, es erscheint ihr Alles geisterbleich, ausserdem kommt ihr Alles viel kleiner als normal vor; hört Alles dumpf wie aus weiter Ferne, Geruchs- und Geschmackshallucinationen; weiss nicht, wo ihr Körper, namentlich nicht, wo ihre linken Extremitäten liegen; Gesichtsfeld enger wie gestern, Geruch und Geschmack fehlen beiderseits; auch rechts am Körper totale Anästhesie. Dieser Wechsel von guten und schlechten Tagen Monate lang. Also bei einer Person mit schweren Zeichen eines Gehirnleidens (Erbrechen, Kopfschmerz, Ohnmachtsanfälle, Krämpfe, Hemiparese, Pupillenstarre etc.) eine in ihrer Intensität und ihrem Ausbreitungsbezirk mit dem psychischen Zustande in fast regelmässigen Intervallen auf- und abschwankende sensorische Anästhesie! An den Tagen, in denen das Sensorium frei war, wesentlich Hemianästhesie, an den anderen bilaterale! Oftmals steigerte sich die Benommenheit zu gänzlicher Verwirrtheit; Pat. verkannte ihre Umgebung, warf sich aus dem Bett etc. Fortdauernd war ausserdem mässige Polyurie vorhanden. Die Diagnose lautete: schwere Hirnlues (Kopfschmerz, Schwindel, Benommenheit, Hemiparese, Pupillenstarre!) mit dem Bewusstsein, dass gewisse Erscheinungen (die auf- und abschwankende sensorische Anästhesie!) in dies Bild nicht hineinpassten, also vielleicht noch etwas Anderes vorliege. Jetzt, nach 15 Jahren, ist es nicht zweifelhaft, dass es sich damals um eine Combination eines materiellen Hirnleidens mit H.

gehandelt hat, dass die eigenthümlichen Störungen der Psyche und Sensibilität auf H. beruhten, während andere (vor allem die Pupillenstarre, und vielleicht nur diese) durch das Organleiden veranlasst wurden. Nehmen wir an, dass nicht nur die Pupillenstarre, sondern auch der Kopfschmerz, das Erbrechen, der apoplektische Insult damals Symptome eines materiellen Hirnleidens waren, welches durch die Inunctionscur geheilt wurde, sodass nur die Pupillenstarre zurückblieb, so bildet der Fall einen werthvollen Beitrag zur Prognose der Hirnlues, da er zeigt, dass ein von diesem Leiden befreiter Pat. 15 Jahre lang gesund und frei von Recidiven bleiben kann. Nehmen wir aber an, dass alle damaligen Symptome bis auf die Pupillenstarre hysterische waren, so ist der Fall noch wichtiger. Denn man nimmt an, dass ein Individuum, bei dem neben hysterischen oder neurasthenischen Symptomen reflectorische Pupillenstarre besteht, über kurz oder lang an Tabes oder Dementia paralytica erkranken wird. Hier aber sind 15 Jahre verflossen, es zeigte sich nichts von alledem! Also müssen wir folgern, dass jenes Symptom nicht immer die ominöse Bedeutung hat, die man ihm nach den bisherigen Erfahrungen beizumessen gewohnt ist. Jener cyclische Verlauf der Erscheinungen übrigens, wie er damals bestand, der Wechsel von guten und schlechten Tagen wird bei manchen hysterischen und neurasthenischen Symptomen beobachtet. Die jetzt bestehenden Symptome der H. hofft Autor bald durch eine elektrische Cur oder durch die Anwendung des Magneten zu beseitigen, die Pupillenstarre aber wird wahrscheinlich nicht zu beeinflussen sein.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1898 No. 6.)

**Pruritus.** Cocainbase versuchte P. G. Unna (Hamburg) zum 1. Male bei einem verzweifelten Falle von universellem P., indem er sich sowohl von deren directer Einwirkung auf die saure Hornschicht, wie von ihrer Löslichkeit in Aether auf der fetthaltigen, unverletzten Haut eine grössere Wirkung versprach. Und in der That leistete nicht nur in diesem Falle, sondern auch in mehreren anderen Fällen von P., besonders alter Leute, das „Cocain. pur.“ (Merck) in ätherischer oder spirituös-ätherischer, 1 bis

2%iger Lösung Gutes. Autor liess es einfach aufwischen, mit dem Sprayglase versprühen oder mit geringen Mengen Collodium versetzt, um die Wirkung zu verlängern, auch aufpinseln. — Die Base ist auch bei anderen Affectionen, wo es sich um eine wohl-erhaltene oder wenig lädirte Hornschicht handelt, vorzuziehen, also ausser bei P. noch bei Ekzem mit starkem Juckreiz, besonderen pruriginösen Ekzemen mit starken Kratzeffecten, bei Zoster und manchen Formen von Lichen planus intercurrent mit der eigentlichen Behandlung dieser Dermatosen. In den letzteren Fällen kann man es auch zweckmässig als Oel oder bei Verdickung der Hornschicht als Salbenseife verordnen:

Rp.

*Cocain. pur. (Merck) 1,0—2,0*  
*Spir. aether. ad 50,0*  
*Collod. 1,0.*

Rp.

*Cocain. pur. 1,0*  
*Ol. amygdal. ad 50,0.*

Rp.

*Cocain. pur. 1,0*  
*Sapon. unguinos. (Mielck)*  
*ad 50,0.*

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1898, Bd. 26, No. 5.)

**Seborrhoea capitis.** Dr. Eichhoff (Elberfeld) hat bekanntlich Captol als ein recht wirksames Mittel empfohlen (s. Excerpta VII, S. 119) und auch ein medicinisch-kosmetisches Haarwasser, Spirit. Captoli compos. (Excerpta VII, 173) angegeben. Wo das Haarwasser als Prophylacticum längere Zeit gebraucht werden soll, räth Autor jetzt — seine günstigen Erfahrungen an weiteren Fällen publicirend —, das freie Chloral aus dem Recept ganz fortzulassen. Hier verschreibe man:

Rp.

*Captol.*  
*Acid. tartaric.*  
*Resorcin. aa 1,0*  
*Acid. salicyl. 0,7*  
*Ol. Ricin. 0,5*  
*Extr. flor. q. s.*  
*Spir. vin. (65%) 100,0.*

Dies Haarwasser werde in nicht zu grosser Menge täglich 1 bis 2 Mal mit der Hohlhand oder Schwämmchen oder Bürstchen auf die Kopfhaut aufgetragen und letztere mit der Hand (nicht Handtuch!) trocken gerieben; vor dem

Abtrocknen der Hand spüle man diese in Waschwasser ab, um jeder Fleckenbildung vorzubeugen (durch Captol befleckte Wäsche wird in mit Weinsteinsäure angesäuertem Wasser ausgewaschen!). Im Uebrigen sonstige Kopfpflege (z. B. Waschen des Kopfes mit guter Seife 1 bis 2 Mal wöchentlich) nicht zu vernachlässigen! Wo die S. inveterirt ist und die Schuppen dick und fest der Kopfhaut aufliegen, benütze man eine Captolpomade:

Rp.

*Captol.*  
*Acid. tartaric. aa* 1,0—2,0  
*Lanolin.* 5,0  
*Vaselin.* 90,0  
*Extr. flor. q. s.*

Dieser kann man auch 5% Schwefel zusetzen. Am Abend pomadisire man den Kopf, bedecke ihn mit einer Wachtuchmütze und seife am nächsten Morgen ab. S. sicca reagirt übrigens rascher auf Captol, als S. oleosa.

(Dermatolog. Zeitschrift 1898 No. 1.)

**Stomatitis.** 2 durch ihre Localisation bemerkenswerthe Fälle von St. mercurialis beschreibt Behrend's Assistent, Dr. E. Lewin (Berlin): Der erste betraf eine 30jährige Köchin, die seit dem 21./XI. 97 wegen nässender Papeln am After mit Einreibungen behandelt wurde. Am 11./XII., nach der 20. Einreibung (à 3 gr) zeigte sich eine St. mässigen Grades am Zahnfleisch des Ober- und Unterkiefers. Unterbrechung der Schmiercur, Behandlung der St. mit Wasserstoffsuperoxyd. Am 17./XII. plötzlich eigenartiges Bild: Zu den üblichen, in Schwellung der Zunge, Schwellung, Auflockerung und geschwürigem Zerfall des Zahnfleisches, Ulceration der Wangenschleimhaut an den den letzten Molares gegenüberliegenden Abschnitten bestehenden Erscheinungen gesellte sich eine ausserordentlich ausgebreitete geschwürige Affection des im Ganzen etwas geschwellenen weichen Gaumens. Das Geschwür nahm fast die ganze Fläche desselben ein; es erstreckte sich nach vorn bis an die Grenze des harten Gaumens, wo es mit einer scharfen Linie endete, nach rechts bis auf den Winkel der Gaumenbögen, griff nach hinten auf die Basis der

Uvula über, während es linkerseits nicht ganz bis an die Gaumenbögen heranreichte. Es war von einem dicken gelblichen Eiterbelag bedeckt und von einem schmalen dunkelrothen Saum scharf begrenzt, der sich sehr deutlich von der übrigen blasseröthen Schleimhaut abhob. Bekanntlich treten selbst während der mercuriellen Behandlung neue Manifestationen der Syphilis auf, namentlich an der Schleimhaut der Mundhöhle. Von einer solchen konnte aber hier nicht die Rede sein; das Geschwür zeigte nicht den schmutzigen, durch Gewebszerfall bedingten Belag auf seinem Grunde, der für die zerfallene Syphilispapel charakteristisch ist, sondern stimmte vielmehr durch den gelben eitrigen Belag mit den Erscheinungen der stomatitischen Geschwüre überein. Ausserdem musste auch der rothe Saum gegen Lues sprechen, ganz abgesehen davon, dass die nicht mercurielle Localbehandlung allein rasch Heilung herbeiführte. Welche Ursache, welcher Reiz die St. so localisirt hatte, das freilich blieb unklar. — Fall 2 betraf eine 19jährige Prostituirte, die nach der 28. Einreibung, nachdem die Schmiercur schon einige Tage zuvor wegen starker Salivation, Schwellung des Zahnfleisches und der Zunge, sowie Erosionen an den Zungenrändern unterbrochen worden war, ebenfalls ein Geschwür bekam, das in seiner Beschaffenheit ganz dem vorigen glich, von länglich-runder Form war und an der rechten Seite des harten Gaumens sass dicht am Processus alveolaris, von wo es nach hinten noch etwas auf den weichen Gaumen übergreif. Auch hier in wenigen Tagen Heilung bei rein localer Behandlung mit Wasserstoff-superoxyd.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1898, Bd. 26, No 4.)

**Struma.** Einen charakteristischen Fall von St. intrathoracica beobachtete Dr. Krecke (München). Der 45jährige Pat., bis vor 5 Jahren stets gesund, leidet seitdem im Winter regelmässig an Husten und Auswurf, gewöhnlich mehrere Wochen lang. Seit 4 Jahren dazu Kurzathmigkeit, besonders bei schnellem und bergaufwärts Gehen. März 1896 stärkerer Katarrh; während desselben eines Tages so heftige Athemnoth, dass Pat. zu ersticken glaubte. Noch einige Male solche Anfälle. Anschluss an stärkeren Husten. N Pat. wieder



besser, nur war die Neigung zur Kurzathmigkeit bei leichten körperlichen Anstrengungen viel stärker. Auch bemerkte Pat. jetzt zum ersten Male eine Geschwulst in der linken Hälfte des Halses, die sich beim Husten stärker hervorwölbte. Stimme seit 4 Jahren sehr belegt (im Frühjahr einmal totale Heiserkeit!). Seit Frühjahr auch ständiges Druckgefühl im Schlund. Status praesens am 12./X. 96: Athmung mit lautem in- und expiratorischem Stridor, der besonders heftig bei lebhaften Bewegungen und Husten ist (namentlich Erschwerung der Expiration!). Am Hals die Musc. sternocleidomastoidei als starke gespannte Stränge vorspringend. Kehlkopf nach unten und rechts verschoben, sodass der Ringknorpel etwa 1 Querfinger oberhalb des oberen Sternalrandes, ungefähr 1 cm von rechts nach der Mittellinie steht. Der fühlbare Theil der Trachea zeigt eine ziemlich scharfe vordere Kante. Gegend oberhalb des linken Sternoclaviculargelenks etwas vorgebuchtet, der Sternocleidomastoideus springt hier besonders stark hervor. Vorbuchtung bedingt durch die Kuppe eines in der oberen Thoraxapertur liegenden Tumors, der etwa  $\frac{1}{2}$  Hühnerei gross zu fühlen ist. Lässt man den Pat. schlucken oder husten, so hebt sich ein weiterer, im Ganzen etwa hühnereigrosser Theil des Tumors aus dem Thorax heraus, der untere Theil des Tumors ist aber so nicht abzutasten. Oberfläche des Tumors glatt, Consistenz prall elastisch. Bei ruhigem Auflegen der Hand fühlt man deutlich eine von den grossen Gefässen fortgeleitete Pulsation. Druck auf die Tumorkuppe steigert die Athemnoth sehr. Auf der rechten Halsseite etwa taubeneigrosse, an normaler Stelle liegende Schilddrüsenhälfte fühlbar. Laryngoskopischer Befund: Linkes Stimmband steht fast unbeweglich in der Mittellinie, nur bei Intonation flattert es ein wenig hin und her; Trachea hochgradig säbelscheidenförmig verengert, Verengering am beträchtlichsten in der Höhe des 5. und 6. Trachealknorpels. Thorax ziemlich breit, Gegend links vom Sternum bis zur 3. Rippe herunter deutlich vorgebuchtet. Von der linken Clavicula nach abwärts ziehen sich unter der Haut 3 erweiterte Venenstränge. Percussionsschall auf dem obersten Theil des Sternums und über dem angrenzenden Theil des linken 1. und 2. Intercoostalraums leicht, aber

deutlich gedämpft. Untere Lungengrenze rechts vorn am unteren Rand der 7. Rippe, sehr wenig verschieblich, R.H.U. und L.H.U. am 1. Lendenwirbel. Athmungsgeräusch vesiculär, kein Rasseln, Exspirium verlängert. Herzdämpfung nicht vorhanden; Herztöne rein; Radialpuls kräftig, regelmässig, beiderseits gleich. Diagnose: Linksseitige intrathoracische St. mit Verdrängung und Abplattung der Luftröhre und linksseitiger Recurrenslähmung. Eine Hammelschildddrüsencur erfolglos, daher Operation am 20./X. unter Schleich'scher Infiltrationsanästhesie, die gut gelingt. Entlassung am 22./XI.; Wunde geheilt, das linke Stimmband zeigt leichte Bewegungen beim Intoniren, der Kehlkopf steht 2 Querfinger höher und völlig median, die Trachea zeigt noch eine scharfe vordere Kante. 15./XI. 97 stellt sich Pat. mit blühendem Aussehen vor; Trachea wieder ganz rund, Bewegungen des Stimmbandes noch mangelhaft. — Die Symptome des Leidens, hauptsächlich bedingt durch den Druck der St. auf die umliegenden Organe, fanden sich bei dem Pat. fast sämmtlich vor. Voran stehen die Athembeschwerden, die ausserordentlich heftig sein und auch anfallsweise auftreten können. Eine Steigerung derselben bis zum Erstickungsanfall durch Verschiedenes möglich: Schwangerschaft, fieberhafte Affectionen, Fahrten, Bergtouren, Rauch, Druck in der Jugulargegend, starkes Senken des Kopfes; dabei mitunter Unmöglichkeit, den Kopf zum Sternum zu bringen oder den Kopf zu erheben. Durch Heben oder Senken des Kehlkopfes kann man manchmal die Erstickungsanfälle beseitigen. Eine St. am Halse ist vorhanden oder nicht; in letzterem Falle Diagnose oft recht schwierig. An der Str. nicht selten (wie auch oben) Pulsation gleichzeitig mit dem Puls, fortgeleitet von den grossen benachbarten Gefässen. Daher leicht Verwechselung mit Aortenaneurysma (auch obiger Pat. wurde von anderer Seite so gedeutet und vor einer Operation dringend gewarnt!). Die Vorwölbung der Thoraxparthie war bei dem Pat. sehr ausgesprochen; sie fehlt auch öfters, dafür manchmal Kyphoskoliose der Wirbelsäule. Dämpfung über der Str. im obigen Falle undeutlich. Viele Pat. haben ein Druckgefühl in der oberen Brustapertur (oben dies erst im letzten halben Jahre). Nervensymptome Seitens des Recurrens und Sympathicus. Recurrenslähmung am häufigsten links-

seitig, da der rechte Recurrens hinter Arteria und Vena anonyma liegt und so geschützt ist (nur eine vom rechten Lappen ausgehende und längs der Trachea herabsteigende St. könnte den N. vagus dexter comprimiren). Auf Betheiligung des Sympathicus (oben nicht vorhanden!) ist das einige Male beobachtete Herzklopfen zurückzuführen, ebenso der von Demme beschriebene Exophthalmus und die Trägheit der linken Pupille. Sehr häufig seitliche Verdrängung von Kehlkopf und Trachea (oben noch seitliche Abplattung der letzteren!) und Tiefstand des Larynx (dadurch dass die Trachea stark nach der einen Seite ausgedehnt wird, rücken die oberen Trachealringe tiefer, der Kehlkopf muss dem Zuge folgen, und so steht der Ringknorpel nicht selten in der Höhe der Incisura sterni), laryngoskopisch Verengerung des Trachealraumes, oft erst in beträchtlicher Tiefe (in der Höhe des 5., 6., 7. Ringes). Bisweilen Abschwächung des Pulses in der Radialis oder Carotis (fehlte oben), ferner Erweiterung der Venen an der oberen Thoraxapertur und an der vorderen Seite des Brustkorbes. Therapeutisch wirkte öfters Schilddrüsenbehandlung, wenn nicht (wie oben) Operation nöthig, die erfahrungsgemäss nicht so schlimm ist, wie man denkt, da gerade hier eine Enucleation des Knotens innerhalb der Kropfcapsel immer leicht möglich ist.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898, No. 8.)

**Syphilis.** Eine Nephritis syphilitica interstitialis praecox, wie sie nach Tommasoli 1—5 Jahre post infect. auftritt, beobachtete Paci. Oedeme, beginnender Ascites, Urin nicht spärlich, mit reichlichen rothen Blutkörperchen, Leucocyten, hyalinen Cylindern, wenigen, meist gut erhaltenen Nierenepithelzellen. Vor 1 Jahr S. Specifische Cur hatte rasch totale und dauernde Heilung zur Folge, während vorher eine nicht specifische (Bäder, Einwickelung, Milchdiät etc.) keinen Effect hatte.

(Gaz. degli ospedal. 1897 No. 10. —  
Centralblatt f. innere Medicin 1898 No. 13.)

— Ueber einen Fall von chronischer interstitieller Pancreatitis sprach Prof. Rosenheim. Anfang November v. J. consultirte ihn ein 65jähriger Herr, der Folgendes angab: Sonst stets gesund, acquirirte er vor 30 Jahren

S., ohne erhebliche Secundärererscheinungen. Herbst 1895 wurde Zucker constatirt. In dieser Zeit wurde auch der bis dahin feste Stuhl weicher. Im Frühjahr 1896 in Karlsbad Cur mit sehr gutem Erfolg; die Anomalieen blieben weg bis August 96, wo ein schwerer Kummer die gleichen Erscheinungen wieder zum Vorschein brachte. Frühjahr 1897 wieder Karlsbad, seitdem aber keine Besserung, vielmehr Verschlechterung. Progressive Abmagerung (in 9 Monaten über 30 Pfund). Sonst Wohlbefinden, guter Appetit. Leber-, Magen-, Herz-, Nierenkrankheiten nicht nachweisbar. Im Urin Zucker (0,1 bis 0,5% je nach der Menge der gestatteten Kohlehydrate der Nahrung); kein Traubenzucker, sondern Maltose. Im Stuhlgang Veränderungen von bisher nicht beobachteter Excessivität, vornehmlich die Fettverdauung betreffend, die so darniederliegt, wie man es sonst nur experimentell bei Thieren nach Exstirpation des Pankreas gesehen hat. Stuhlgang besteht aus 2 verschiedenen Massen: einer braunen, wurstförmigen (gewöhnlicher Koth) und einer weissen, schmalzartigen. Bei der Defäcation kommt zuerst etwas von letzterer, dann die Wurst und dann wieder grosse Massen des Schmalzes. Aber auch das wurstförmige, normal gefärbte und geformte Stück ist pathologisch; es enthält ungewöhnlich grosse Rückstände von Fett und Muskelfasern. Die weissen Massen bestehen ausschliesslich aus Nahrungsfett (Hammeltalg, Rindertalg, Butter). Stoffwechselversuche ergaben, dass z. B. von 130 gr Fett an einem Tage 103 gr (= 80%) wieder ausgeschieden wurden, verloren gingen! Von dem Eiweiss der Nahrung erschienen ca. 20% im Koth wieder, ein Befund, wie er auch sonst bei schweren Störungen der Verdauung, besonders bei anhaltendem Ikterus, erhoben worden ist. Was lag vor? Erhebliche Anomalieen der Nahrungsausnützung kommen bei Lebererkrankungen nur zur Beobachtung, wenn intensiver Ikterus besteht, was hier nicht der Fall ist. Darmaffectionen waren ebenfalls auszuschliessen. Dagegen wiesen auf eine Pankreaserkrankung die Zuckerausscheidung und eine Verminderung der Fettspaltung (nur ca. 4% Fettsäuren!) hin. Experimente verschiedener Autoren haben auch ergeben, dass Pankrealexstirpation enorme Störungen der Nahrungsausnützung, vornehmlich des Fettes, setzt.

Tumorbildung war nun nicht nachweisbar, auch bestand ja die Krankheit schon  $2\frac{1}{2}$  Jahre, was gegen maligne Geschwulst sprach. Es konnte nur eine chronisch-entzündliche Affection vorliegen, wofür auch die frühere S. sprach. Pat. bekommt jetzt Pankreas in Substanz. — S. Rosenberg hebt hervor, dass ein ganz ähnlicher Fall von chronischer Pankreatitis in der englischen Litteratur existirt (Harley); es handelt sich um ein 13jähriges Kind, das nach Scharlach diese Symptome bekam, die durch Pankreasdarreichung sehr günstig beeinflusst wurden. — Ewald ist mit der Diagnose einverstanden, betont aber, man müsse mit der Verwerthung der Fettstühle auch vorsichtig sein. Er hatte einen Pat. mit ebensolchen Fettstühlen, aber ohne Glykosurie, jedoch mit starker Abmagerung. Man dachte auch an Pankreasaffection (60% Fett!). Aber der Mann nahm bald an Gewicht zu (in 5 Wochen 5,3 kg), und auch der weitere Verlauf zeigte, dass man sich jedenfalls in der Diagnose geirrt hatte. — Rosenheim hält bei der Chronicität des Verlaufs, der Maltosurie, der Fettspaltungsverminderung und den syphilitischen Antecedentien seine Diagnose für sichergestellt.

(Berliner medic. Gesellsch., 16. März 1896. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1896 No. 14.)

- Einige interessante Fälle von S. theilt Jamieson mit. So inficirte sich ein Arzt bei der Section einer syphilitischen Frau. In einigen Fällen glichenluetische Eruptionen vollständig anderen nicht specifischen: Psoriasis guttata, Lupus erythematosus, Erythema multiforme; Autor sah ferner localisirte syphilitische Hyperkeratosis an den Handtellern, ferner eine warzige secundäre Eruption mit pigmentirter Umgebung. Bei einem Fall schien der Ausbruch tertiärer Läsionen durch ein Trauma eingeleitet. In einem anderen, bei einem 32jährigen Manne bildete sich am Platz des Primäraffects 10 Jahre nach der Infection ein Gumma aus.

(Edinb. med. journ. 1897 No. 3/4. —  
Centralblatt f. innere Medicin 1896 No. 13.)

- Einen Beitrag zu der Lehre der schwarzen Haarzunge liefert Dr. E. Vollmer (Kreuznach). Bei einem 24jährigen, mit einem Herzfehler behafteten Pat. zeigt die Zungen-

schleimhaut an der Spitze und an den Seiten ein eigenthümlich pelziges, weisses Aussehen, und mit der Lupe sieht man, dass der weisse Pelz durch die ungewöhnlich langen Papillenspitzen gebildet wird. Der Zungenrücken dagegen ist schwärzlich braun und in der Mitte ganz schwarz, und hier zeigt die Lupe, dass der schwarze Belag aus einer Unmenge von schwarzen Spitzen besteht, die bei Bewegung der Zunge hin- und herwogen; fährt man mit der Spitze des Zeigefingers darüber hin, so fühlt man keine Verhärtungen, sondern Alles ist weich wie Sammt. Die Grenze dieses schwarzen Ueberzuges der Zunge bilden die Papillae circumvallatae. Hinter diesen erscheint die Schleimhaut wieder rosaroth.“ Der vom schwarzen Belag abgekratzte Schleim besteht aus Epithelzellen, weissen Blutkörperchen und eigenthümlichen haarartigen Bildungen, deren Farbe hellgelb bis bräunlich, an den Spitzen dunkler bis tief schwarz erscheint. Es handelte sich um eine Hyperkeratose, deren Aetiologie schon mehrfach auf S. bezogen wurde; auch dieser Pat. war Luetiker. Therapie: energische Abreibung der Zunge mit weicher Bürste.

(Dermatolog. Zeitschrift 1898 No. 1.)

— Auf Grund seiner Erfahrungen über den **syphilitischen Primäraffect an der Vaginalportion** kommt Prof. Neumann zu folgenden Schlüssen:

1. Der syphilitische Primäraffect an der Vaginalportion ist viel häufiger, als allgemein und insbesondere von den Gynäkologen angenommen wird; er ist relativ am häufigsten bei Prostituirten und erreicht dort, wo diese ein grosses Contingent liefern, die Höhe von 15 % der Gesamtsumme der syphilitischen Primäraffecte.
2. Die ulceröse Form des syphilitischen Primäraffects an der Portio ist zumeist über beide Lippen verbreitet, mit grösserer Betheiligung der Vorderlippe, was darauf hinweist, dass diese vorwiegend den Ausgangspunkt oder die originäre Stelle des Primäraffects bildet. Der Grund ist in der durch die häufige Anteflexionsstellung des Uterus bedingten stärkeren Exponirung der Vorderlippe zu suchen.

3. Der Primäraffect an der Portio heilt häufig ohne bleibende Spuren, in vielen Fällen jedoch mit Narbenbildung. Auf der Narbe entwickeln sich häufig Erosionen, die in den Grenzen des Primäraffects verbleiben. Ausgebreitete und tiefgehende circuläre Primäraffecte können zur Stenose des Ostiums mit allen durch die Verengerung verursachten Folgeerscheinungen führen, so zur Behinderung des Abflusses der Secrete, des Menstrualblutes, der Conception, bei event. Geburt den Durchtritt der Frucht behindern.
4. Als Recidive in situ sind ausser der Erosion auch constatirt Geschwüre und Gummata.
5. Die Diagnose des typischen Primäraffects an der Portio bietet dem geübten Auge keine Schwierigkeit, auch bei Abwesenheit contemporärer anderweitiger Primäraffecte und Unmöglichkeit der Confrontation. Die Diagnose ist Angesichts der Tragweite für das Individuum in zweifelhaften Fällen so lange in suspenso zu halten, bis sie auf Grund entscheidender Merkmale sichergestellt werden kann.
6. Beim Primäraffect an der Portio bei Abwesenheit eines contemporären Initialaffectes am äusseren Genitale schwellen die Leistendrüsen nicht an. Dieses diagnostische Merkmal entfällt demnach bei alleinigem Primäraffect an der Portio. An der allgemeinen Drüsenschwellung sind die Leistendrüsen allerdings mitbetheiligt. Auf Grund der Thatsache, dass bei anderwärts situirten Initialaffecten diejenigen Lymphdrüsen regelmässig anschwellen, in welche die aus denselben hervorgehenden Lymphgefässe münden, schliessen wir mit Recht auf Anschwellung der Drüsen des Beckens, in welche die Lymphgefässe des Uterus eindringen, obschon dieselben der Untersuchung unzugänglich sind. — Wenngleich dies der Fall ist und Analogieschlüsse nicht einwandfrei sind, können wir doch mit Bestimmtheit schliessen, dass bei langem Bestand des Primäraffects der Portio der Syphilisprocess die Grenze der regionären Lymphdrüsen weit überschritten und auf seiner Bahn spezifische Veränderungen herbeigeführt habe. Es ist hier insbesondere zu berücksichtigen, dass die Lymph-

gefässe des Uterus und der Tuben von den Lymphgefässen des Ovariums aufgenommen werden, welche mit den Lymphgefässen der Nieren und Nebennieren, der seitlichen Bauchwand und anderen in den paarigen, 20—30 Lymphdrüsen einschliessenden Plexus lumbalis münden. Hält man sich vor Augen, dass diesem reichen Lymphdrüsencomplex während des langen Bestandes des Primäraffectes Syphilisvirus zugeführt wird, die Lymphdrüsen gleichsam Dépôts des Syphilisvirus bilden, dann gelangt man zur Erkenntniss der Bedeutung, welche dem syphilitischen Primäraffect an der Portio per se zukommt. Die Bedeutung dieser Affection für das Individuum und den geschlechtlichen Verkehr ist eine grosse, namentlich im Hinblick auf die Thatsache, dass dieser Affect bei Puellis publicis am häufigsten vorkommt; dazu kommt die Dignität des befallenen Organes und seiner Adnexa für die Zeugung, welche ja allein genügen würde, die Wichtigkeit des Primäraffects an der Portio zu ermessen.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 1. April 1898. — Wiener klin. Wochenschrift 1898 No. 14.)

**Tuberculose.** Das Vorkommen und die Bedeutung der eosinophilen Zellen im tuberculösen Sputum setzt Dr. W. Teichmüller (Leipzig, medicin. Universitäts-poliklinik) ins rechte Licht. Von 153 untersuchten Pat. konnte er bei 111 leicht und sicher diese Zellen nachweisen, die, wie er fand, uns einen sehr wichtigen objectiven Maassstab abgeben: zur Beurtheilung der derzeitigen Widerstandskraft eines Pat., zur Stellung der Prognose, zur Prüfung specieller Therapien. Schon Monate lang, bevor der Nachweis von Tuberkelbacillen gelingt, kann der immer wiederkehrende Befund dieser Zellen darauf hinweisen, dass der betroffene Organismus die grössten Anstrengungen macht, sich einer Infection zu erwehren (initialstes Stadium der T.). Treten endlich Bacillen auf, so unterliegen die eosinophilen Zellen, verschwinden oder werden viel spärlicher, ein für therapeutische Bestrebungen sehr bedeutsames Moment. In anderen Fällen hat man die Freude, entgegengesetzte Beobachtungen zu machen: Von Monat zu Monat nimmt die



Zahl der Tuberkelbacillen ab, bis endlich eosinophile Zellen allein siegreich das Feld behaupten; Pat. ist geheilt, wenigstens zeitweise. Noch häufiger beobachtet man ein Hin- und Herschwanken dieses Bildes, bald Zunahme der Zellen, z. B. nach einem Landaufenthalt, später nach einigen Monaten Berufsarbeit wieder Abnahme. Haben wir zu Beginn der Krankheit neben vielen Bacillen auch noch viel Zellen, und sinkt in kurzer Zeit, trotz aller Therapie, die Zahl der letzteren bis auf 0 herab, so hat man sicher galoppirende Phthise vor sich. Von jenen 153 Pat. vermisste man nur bei 42 die Zellen; die das Vorkommen dieser ungünstig beeinflussenden Momente waren hier besonders gehäuft und combinirt vertreten: hereditäre Belastung, vorgeschrittener Process, höhere Temperaturen, Complicationen, besonders niedriges Körpergewicht.

(Centralblatt f. innere Medicin 1898 No. 13.)

- Die **Unschädlichkeit inhalirten trocken verstäubten tuberculösen Sputums** hat bekanntlich vor einiger Zeit Flügge proclamirt; dieser trockene Staub sei nicht so fein pulverisirt, um in die Tiefe der Lungen zu gelangen und Thiere zu inficiren. Und in der That fielen frühere Thierexperimente negativ aus, auch solche von Cornet. Letzterer aber führte neuerdings, die Flügge'schen Ansichten nachprüfend, diese Experimente nochmals aus, und zwar so, dass er die natürlichen Verhältnisse nachzuahmen suchte. Er nahm ein Zimmer, kaufte einen Teppich, eine alte Bettvorlage, nahm Sputum von einem im chronischen Stadium befindlichen Tuberculösen, brachte dieses und eine geringe Menge zusammengekehrten Staubes auf den im Zimmer liegenden Teppich und liess es trocknen; einen Theil des Sputums mischte er mit Staub, liess es gleichfalls trocknen und verrieb es in einem Mörser. Nach 2 Tagen brachte er 48 Meerschweinchen ins Zimmer, die er in 3 Gruppen theilte: Den mit Sputum verriebenen und in einem Glase befindlichen Staub, den er durch einen Blasebalg verstreute, liess er von 12 Meerschweinchen direct, und zwar von 6 durch die Nase, von 6 durch den geöffneten Mund in einem Abstand von 10—20 cm einathmen. Von der 2. Gruppe (24) brachte er je 6 auf die in verschiedenen Abständen befindlichen Fächer einer Stollage, und zwar in der Höhe von 7, 40, 93, 134 cm

vom Fussboden; vor dieser Stellage befand sich der mit Sputum beschickte Teppich, den Autor mit einem scharfen Besen zu Staubwolken abkehrte. Eine 3. Gruppe befand sich im Zimmer einfach in kleineren Ställen. Von diesen 48 Thieren wurden nun 47 tuberculös! Autor selbst hatte sich bei dem Versuche zu schützen gesucht: er trug einen langen Rock bis zu den Füssen, über Kopf und Gesicht ein geschlossenes Tuch, das nur an den Augen 2 kleine Ausschnitte hatte, in die durchsichtige Gaze eingenäht war, ausserdem trug er Brille und vor Mund und Nase noch eine dünne Schicht Watte, und doch wurde ein mit seinem Nasenschleim verimpftes Meerschweinchen tuberculös! Also die Verstäubung solcher Sputa ist nicht unschädlich, sondern eminent gefährlich! Dass frühere Therversuche negativ ausfielen, ist wohl so zu erklären, dass, da die Verstäubungen in geschlossenen Kisten stattfanden, dort das ausserordentlich hygroskopische Sputum aus der Expirationsluft der Thiere alsbald soviel Feuchtigkeit anzog, dass es sich zu grösseren Krümelchen ballte und dann allerdings nicht mehr einathmungsfähig war; dem gleichen Factor schreibt Cornet es zu, dass auch bei ihm, der er unter dem Tuche und Rocke stark transpirirte, die Bacillen in die Nase, aber nicht weiter eindrangten.

(Berliner medic. Gesellschaft, 16. März 1898. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 14.)

— Ueber Trauma und T. hielt Urban einen Vortrag. Er betonte zunächst, dass grössere Verletzungen relativ selten zu tuberculöser Infection Veranlassung gäben, häufiger kleinere, kaum oder gar nicht beachtete und bemerkte. In dieser Weise erklärt sich die tuberculöse Infection der Fingerkuppen bei Wäscherinnen, welche die Leibwäsche Tuberculöser waschen, die Infection des Leichentuberkels und gewiss auch vieler Lupusfälle. Bei der Einwirkung stumpfer Gewalt ist zu unterscheiden, ob ein tuberculöser Herd schon bestand, sei es, dass er zum Stillstand gekommen, sei es, dass er im Wachsthum begriffen. In beiden Fällen kann die Verletzung den Process wieder anfachen resp. beschleunigen oder unter ungünstigen Umständen zu allgemeiner Miliartuberculose führen. Ist der verletzte Körpertheil vorher anscheinend

gesund gewesen, so ist gewiss in der Mehrzahl der Fälle anzunehmen, dass ein latenter, wenn auch vielleicht nur mikroskopischer Herd schon vorhanden war, welcher durch die äussere Einwirkung zur Entwicklung gebracht worden ist. In manchen Fällen ist das zeitliche Zusammentreffen zwischen Verletzung und Entwicklung der T. gewiss ein rein zufälliges. — Discussion: Jessen meint, dass es sich ebenso mit der internen T. verhalte. Auch in inneren Organen, speciell den Lungen, könne ein schlummernder Herd durch ein Trauma mobilisirt werden. Es handle sich dabei meist um eine Brust- oder Rippenquetschung. Bei der Annahme eines Einflusses des Trauma auf die T. müsse man aber die Entstehung oder Verschlimmerung der letzteren in eine gewisse zeitliche Beziehung bringen können, und es ginge z. B. zu weit, noch nach einem Jahre einen Zusammenhang anzunehmen. — Rumpel erinnert sich eines Falles, in dem ein Soldat, der vollständig gesund war, beim Bayonettiren einen Stoss vor die Brust erhielt, wonach Haemoptoe auftrat, die 3—4 Tage anhielt. Allmählig traten dann die Erscheinungen einer Lungentuberculose ein. Die Militärverwaltung erkannte hier den Zusammenhang an. Bei gutachtlichen Aeusserungen ist meist die Fragestellung gebräuchlich, ob die T. durch das Trauma direct entstanden sei, oder eine Verschlimmerung der ersteren anzunehmen sei; Rumpel stellt sich auf den 2. Standpunkt. — Nonne berichtet über einen Pat., der am 5./II. 96 eine Verletzung des Rückens dadurch erlitten hatte, dass er einen Stoss von einer Wagendeichsel bekam. Er hatte gleich nachher Schmerzen im Rücken und konnte sich nicht bücken. Bei der 2 Tage nachher erfolgten Aufnahme wurde ausser den Zeichen einer Contusion der Weichtheile auch eine Prominenz des 3. Lendenwirbels constatirt, die auf Druck auch schmerzhaft war. Seither blieb Pat. arbeitsunfähig wegen localisirter Schmerzen und Steifigkeit der Wirbelsäule. Wiederholt wurde ein leichter, druckschmerzhafter Gibbus constatirt; während einer längeren Extensionsbehandlung verringerte sich dieser Gibbus und war bei der Entlassung, 1 Jahr später, nur noch als „mässige Verbuckelung“ zu erkennen. Die Diagnose lautete zuerst: traumatische Spondylitis. Während der 13 Monate des Krankenhausaufenthalts entwickelte

sich eine Lungenspitzentuberculose, und man nahm dann eine traumatische T. der Lendenwirbelsäule an, in welchem Sinne Pat. auch eine Rente erhielt. Etwa 10 Monate später wurde er wieder mit vorgeschrittener Phthise aufgenommen. Er hatte noch dieselben Beschwerden im Rücken: localisirtes Schmerzgefühl und Druckempfindlichkeit über dem 2. und 3. Lendenwirbel, Steifigkeit der Wirbelsäule bei Bück- und Drehbewegungen, ein Buckel fand sich nicht mehr. Bei der Obduction fanden sich im 2., 3. und 4. Lendenwirbelkörper osteoporotische Lücken, aber durchaus kein Residuum eines käsigen Processes, einer Fractur oder Luxation, nirgends ostitische Apposition von Knochengewebe. Dieselben osteoporotischen Lücken fanden sich auch in mehreren höher und tiefer gelegenen Wirbelkörpern, und Controluntersuchungen an zwei Wirbelsäulen von Phthisikern und einer solchen von einem Nichttuberculösen zeigten dieselben osteoporotischen Lücken, die also für diesen Fall bedeutungslos waren. Es geht aus diesem Fall also hervor, dass nicht überall da, wo das Symptomenbild der „traumatischen Spondylitis“ vorzuliegen scheint, auch wirklich eine objective, grobanatomische Unterlage vorhanden ist, sondern dass dasselbe auch auf functioneller nervöser Basis zu Stande kommen kann. — Graff räth zur Vorsicht bei der Abgabe von Gutachten über Zusammenhang von T. und Trauma. Er verlangt einen continuirlichen Zusammenhang, der sich vom Beginn des Traumas objectiv oder zum Mindesten einwandfrei durch subjective Beschwerden, die durch die später auftretenden objectiven Erscheinungen erklärt werden können, bis zur Sicherstellung der Diagnose auf T. nachweisen lässt. Auch darf kein zu grosser Zeitraum dazwischen verflossen sein. Die Erkrankung muss sich an der Einwirkungsstelle des Traumas etabliren. Ob der Pat. schon vorher tuberculös war, ist für die Beurtheilung des Zusammenhanges gleichgültig. — Deutschmann: Auch das Auge bildet eine Eingangspforte für T. Eine Frau z. B. wurde durch das Sputum ihres phthisischen Mannes an der Conjunctiva inficirt. Ein Knabe erkrankte an T. Aetiologie war unklar. Man fand dann eine Narbe am Augenlide, und es stellte sich heraus, dass der Pat. von einem Hunde gebissen worden war, der gerade die Placenta einer perlsüchtigen Kuh frass. Neben der

Annahme der Mobilisirung eines tuberculösen Herdes kann man sich auch vorstellen, dass im Blute kreisende Tuberkelbacillen nach erfolgtem Trauma sich an Ort und Stelle ansiedeln.

(Biolog. Abtheilung des ärztl. Vereins Hamburg, 8. März 1898. — Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 15.)

- Das **Tuberculin R.** in 3 Fällen von **Lupus** angewandt hat Dr. A. Porges (Wien, Prof. Finger's Ambulatorium). Die therapeutischen Resultate waren negative, und sagt Autor zum Schluss seiner Mittheilung: „Wir können also unsere bisherigen Erfahrungen dahin resumiren, dass das Tuberculin R. weder eine definitive Ausheilung bestehender Lupusherde zu bewirken, noch das Recidiviren des Lupus nach Abschlusse der Behandlung zu verhindern im Stande sei. Dagegen möchten wir als Vortheil gegenüber dem alten Tuberculin hervorheben, dass uns wenigstens das Tuberculin R. nach keiner einzigen Injection eine nennenswerthe Reaction ergab, also Bukowsky's Behauptung, dass das Tuberculin R. einen bedeutenden diagnostischen Werth besitze, indem es auch den kleinsten Lupusherd aufdecke, sich kaum bewahrheiten dürfte.“

(Wiener klin. Wochenschrift 1898 Nr. 15.)

**Typhus abdominalis.** Eine eigenthümliche Localisation der posttyphösen Eiterung beobachteten Dr. Takaki und Dr. Werner (Institut für Infektionskrankheiten in Berlin). Bei einem 23jährigen Mädchen entstand in der 8. Woche, 25 Tage nach der Entfieberung eine intensive Bartholinitis, und im Eiter fand sich in Reincultur der Typhusbacillus. Der Fall ist ein Unicum.

(Zeitschrift f. Hygiene u. Infektionskrankheiten, Bd. 27, Heft 1.)

- Ein für T. charakteristisches Phänomen an der Handfläche und Fusssohle entdeckte Dr. Filipowicz (Odessa) und beobachtete es bei mehreren Epidemien constant. An den genannten Stellen entsteht nämlich von Beginn der Krankheit an ein gelber Farbenton, indem dort in Folge Capillarverengerung (für solche bei T. sprechen schon der Haarausfall, die Trockenheit der Haut, der häufige Decubitus!) die sehr anämische Haut die Farbe des subcutanen Fettes ungemein deutlich hervorschimern lässt.

(Centralblatt f. d. medic. Wissenschaften 1898 No. 11.)

## Vermischtes.

- Den Einfluss der Somatose auf die Milchdrüsensecretion stillender Frauen, wie er von Drews gerühmt wurde, hat auch Dr. G. Joachim (Berlin) bei einer grösseren Anzahl von Fällen schätzen gelernt. Er schreibt aber diesen Einfluss der appetiterregenden und den Allgemeinzustand verbessernden Wirkung des Mittels zu, da in den wenigen Fällen, wo nach dieser Richtung hin Somatose wirkungslos blieb, auch die Milchsecretion sich nicht besserte. Jedenfalls wird Somatose fürderhin dem Praktiker unentbehrlich sein, wenn er die Milchsecretion stillender Frauen vermehren will.

(Centralblatt f. innere Medicin 1898 No. 10.)

- Zur Beseitigung des Jodoformgeruches ist nach Prof. Rabow ein gutes und bequemes Mittel Aq. flor. Aurant.

(Therap. Monatshefte 1898 No. 2.)

- Gegen das Nachsickern der Punctionscanäle bei Hydropischen, das ja mannigfache Störungen hervorruft (Durchnässung, Ekzeme, Infectionsgefahr etc.) hat Privatdoc. Dr. Gumprecht (Jena) eine kleine Modification des Wundverbandes mit gutem Erfolge ins Treffen geführt, sodass er sie als normale Verbandmethode für die Punctionen an Hydropischen warm empfiehlt. Man drückt nach Herausziehen des Instrumentes aus der Haut einen kleinen Bausch antiseptischer Gaze mit dem Zeigefinger der linken Hand auf die Stichstelle und erhebt über dieser Comprime die Haut zu beiden Seiten der Wunde in Form einer Falte. Wenn man die beiden Falten dann mit Daumen und drittem Finger der beiden Hände über den die Comprime fixirenden Finger zusammenlegt, so hat man eine Hohlrinne, auf deren Grund die Stichstelle mit einem festen Tampon versehen und von jeder Spannung und jedem Zuge der Haut befreit sich befindet. Durch kreuzweis gelegte Streifen von gut klebendem Heftpflaster kann man die so erhobenen Hautfalten vor dem Zusammen-

rutschen sichern. Der Verband hält natürlich höchstens ein paar Tage, aber unterdessen ist der Stichcanal verklebt, event. wiederholt man die Procedur.

(Therap. Monatshefte 1898 No. 2.)

- Einen Beitrag zur Oophorinbehandlung liefert Dr. E. Saalfeld (Berlin). Bekanntlich hat Landau das Oophorin bei klimakterischen Beschwerden nervöser Natur mit recht günstigem Erfolge benützt, und lag es nahe, auch die hier vorkommenden Hautaffectionen so zu behandeln. Saalfeld gab das Oophorin (Freund & Redlich, Berlin N.) in Kapseln à 0,5 (erst 2—3 Stück täglich, allmählig steigend bis 15 Stück; selbst in dieser hohen Dosis keine unangenehmen Nebenwirkungen!) bei den im natürlichen Klimakterium und bei der anticipirten Klimax vorkommenden Hautleiden, z. B. Rosacea, Ekzem. Recht günstige Resultate! Erwähnenswerth folgender Fall: Frau in den Zwanzigern, vor ca. 2 Jahren beide Ovarien exstirpirt, seitdem nervöse Erscheinungen der unangenehmsten Art und ein über den grössten Theil des Körpers verbreitetes lichenoides Ekzem; locale Behandlung ohne Dauerwirkung, bei Oophorinbehandlung so ausserordentliche Besserung, dass sicher Heilung zu Stande kommen wird; ausserdem auch die übrigen Symptome verschwunden, u. A. beträchtliche Adipositas, die sich eingestellt hatte (Abnahme 8 Pfd. in 4 Wochen). Diese Erfahrungen veranlassten den Autor, andere Dermatosen, die man bei chlorotischen Weibern findet (Zusammenhang mit den Genitalien!), so zu behandeln, also Akne, Comedonen, Seborrhoë des behaarten Kopfes mit Haarausfall. Auch hier recht günstige Resultate (neben einzelnen Misserfolgen!), sodass jedenfalls bei allen solchen Hautleiden Oophorinbehandlung versucht werden sollte.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 13.)

- Auf die subjective Dyspnoë bei Trockenheit der Nasenschleimhaut, sowie der Rachen- und Kehlkopfschleimhaut macht Dr. M. Sänger (Magdeburg) aufmerksam, angeregt durch einen erlebten Fall. Es kam zu ihm ein Herr mit der Klage, er habe gewiss einen Polypen in der Nase, da er, mit geschlossenem Munde athmend, keine Luft bekomme. Autor fand nirgends eine Neu-

bildung, auch gar nicht viel Secret; der einzige Befund war ungewöhnliche Weite der Nasenhöhlen, deren Schleimhaut trockenen Katarrh zeigte. Wie war die Athemnoth zu erklären? Autor wusste es nicht und verordnete, ut aliquid fiat und gegen die Rhinitis sicca Auspülungen mit einer verdünnten Jodglycerinlösung. Nach einiger Zeit kam der Pat. wieder, sehr zufrieden mit dem Erfolge der Cur; er bekam jetzt vollkommen gut Luft. Objectiv sah man die früher blasse und trockene Schleimhaut normal roth und feucht. Die frühere Trockenheit musste an der Athemnoth Schuld gewesen sein, die nur eine subjective war, dadurch bedingt, dass das Hindurchstreichen der Inspirationsluft durch die Nase nur ungenügend empfunden wurde; denn bei diesem abnormen Zustand der Schleimhaut ist nicht nur die Empfindlichkeit der in ihr vorhandenen sensiblen Nervenendigungen herabgesetzt, sondern es fehlt auch beim Hindurchstreichen der Inspirationsluft durch die Nase die unter normalen Verhältnissen ziemlich energische Wasserverdunstung, welche als Kältereiz empfunden wird. So mögen viel Fälle zu erklären sein, wo die Pat. über ein Athmungshinderniss in Nase oder Hals klagen, während die Untersuchung nur eine Rhinitis oder Pharyngo-Laryngitis sicca ergiebt. Constantes Symptom bei diesen Affectionen ist ja jene Dyspnoë nicht, aber ungemein häufiges.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 15.)

— **Druckblasen am Fusse**, wie sie bei längeren Märschen entstehen, empfiehlt Regimentsarzt Dr. Vitaliani (Rovereto) auf folgende Weise zu behandeln: Man öffnet mit einem Spitzbistouri die ganze Blase der Länge nach, hebt nach Auspressen des Inhalts mittelst einer Meissel-sonde die Schnittländer abwechselnd ab und streut mit einem Haarpinsel Jodoform hinein; dann wird die Blase mit etwas Watte bedeckt, die mit Heftpflaster fixirt wird. Sofort hört jede Belästigung auf, in der Regel ist schon nach einigen Stunden Austrocknung eingetreten und unter der trocknen, schützenden Blasenhaut bildet sich in kürzester Zeit neue Epidermis.

(Wiener medic. Presse 1898 No. 17.)





## Bücherschau.

---

— Von der bei Aug. Hirschwald (Berlin) erscheinenden „**Encyclopädie der Therapie**“, herausgegeben von O. Liebreich, mit der wir uns schon des öfteren beschäftigten, liegt die 2. Lieferung des II. Bd. 2. Abtheilung vor. Sie bringt die Stichworte „Glykose“ bis „Hydronephrose“, welche, von bedeutenden Autoren bearbeitet, fast sämtlich das Werk in ausgezeichnete Weise seinem Zwecke dienstbar machen. Manchmal will es uns scheinen, als ob ein Gegenstand, der es nicht verdiente, etwas zu eingehend, ein anderer kürzer als er es zu beanspruchen hätte, abgehandelt ist; aber welches derartige Werk ist gänzlich frei von diesem Vorwurf? Im Allgemeinen ist hier die gleichmässige Behandlung des Stoffes nach seiner Bedeutung sogar mehr wie in anderen Sammelwerken hervorzuheben und können wir nur nochmals das Werk angelegentlichst empfehlen.

— Das beliebte **Jahrbuch der prakt. Medicin**, herausgegeben von Dr. J. Schwalbe (Stuttgart, F. Enke) erscheint jetzt bekanntlich in einzelnen Lieferungen. Vom Jahrgang 1898 liegt das 1. Heft vor (Preis: M. 3), welches, wie gewöhnlich, systematisch geordnet und vorzüglich redigirt, Referate über alle neuen Erscheinungen der in- und ausländischen Litteratur bringt. Der 1. Abschnitt „Allgemeine Pathologie u. patholog. Anatomie“ wird in dieser Weise von Prof. Dr. Ribbert vorgeführt, es folgen „Krankheiten des Nervensystems“ von Prof. Seeligmüller, „Psychiatrie“ von Dr. Lewald und endlich „Krankheiten der Athmungsorgane“ von Dr. Schwalbe. Alle irgendwie wichtigen Publicationen werden mit kurzen, aber den Kernpunkt der Mittheilung deutlich wiederpiegelnden Sätzen im Zusammenhange besprochen, sodass das Werk für den Arzt als Nachschlagebuch und Rathgeber von hohem Werthe ist.

— Das von Eulenburg und Samuel herausgegebene **Lehrbuch der Allgemeinen Therapie und der therapeutischen Methodik** (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien) ist

nunmehr bis zur 15. Lieferung vorgeschritten. Lieferung 11—15 enthalten die Abschnitte „Pharmakotherapie“ von H. Schulz, „Klimatotherapie“ von E. H. Kisch und „Pneumatotherapie“ von Lazarus. Damit schliesst Bd. I. Den Beginn von Bd. II bildet Kisch, „Balneotherapie“, Winternitz und Strasser, „Hydrotherapie“. Alle diese Arbeiten bilden eine Zierde des hochbedeutenden Werkes, indem sie in geradezu mustergültiger Weise die betreffenden Themata nach allen Richtungen hin beleuchten und ein erschöpfendes Bild dieser wichtigen Specialgebiete unserer Therapie liefern. Auch die Ausstattung ist eine gediegene; zahlreiche Holzschnitte illustriren den Text, wo es erforderlich ist, um etwas anschaulicher noch, als es der Text bereits thut, Manches dem Leser vor Augen zu führen. Das Werk wird sich sicherlich zahlreiche Freunde erwerben. — Auch Monti's „Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen“ (ders. Verlag) ist erfreulicher Weise wieder einen Schritt vorwärts gegangen. Heft 3 (Preis: M. 3,75) bringt die Erkrankungen der kindlichen Verdauungsorgane (Mund, Rachen, Speiseröhre, Magen), und der Autor documentirt sich wieder als Meister der klaren und fesselnden Darstellung, die, gestützt auf die reichen Erfahrungen des Verfassers, den Stoff lückenfrei, aber präcis und kurz behandelt, sodass der Praktiker sich rasch, aber vollständig über alles Wissenswerthe orientiren kann.

— In 2. Ausgabe erschien jüngst Bd. VI der **Lehmann'schen Medicin. Atlanten** (München 1898, Verlag von J. F. Lehmann. Preis gbd.: M. 14), der von Prof. Dr. Mracek in Wien herausgegebene „**Atlas der Syphilis und der venerischen Krankheiten**“. Wie für solch geringen Preis derartige 71 farbige Tafeln (neben mehreren sonstigen Abbildungen), die als geradezu vorzüglich bezeichnet werden können, die Verlagsbuchhandlung liefern kann, ist erstaunlich. Die Bilder lassen alle charakteristischen Merkmale der einzelnen Affectionen mit allen Details in so plastischer Weise hervortreten, dass sie fast dem Auge als lebend demonstrierte Krankheitsfälle imponiren. Dem Atlas wird ein 130 Textseiten umfassender Grundriss der Pathologie und Therapie des betreffenden Gebietes vorausgeschickt, in dem der Leser in kurzer und klarer Darstellung alles Wissenswerthe entsprechend den neuesten Fortschritten der Wissenschaft beschrieben findet. Auch über diesen Theil des Buches kann sich die Kritik nur durchaus lobend aussprechen.

— Auch das in 2. Auflage erschienene (bei Georg Thieme, Leipzig; Preis gebd.: M. 15) **Lehrbuch der Ohrenheilkunde** von Dr. L. Jacobsohn enthält einen so reichen und vortrefflichen

illustrativen Schmuck (330 Abbildungen auf 19 Tafeln), dass sich schon seinetwegen die Anschaffung des Werkes für den Arzt und Studirenden empfiehlt. Denn die Abbildungen zeigen nicht nur anatomische Befunde des gesunden und kranken Ohres, Ohrspiegelbilder, alle Instrumente, sondern auch die Anwendung der letzteren an dem Patienten selbst, wie Katheterismus, Luftdusche, Ausspritzung u. s. w., sodass man ein klares Bild von Allem erhält, was zu wissen noth thut. Auch der textliche Theil zeichnet sich durch diese Klarheit aus, sowie dadurch, dass der Verfasser stets die Interessen des prakt. Arztes im Auge hat. Dazu kommt, dass der Autor, seit 20 Jahren Ohrenarzt, 16 Jahre hindurch Assistent der Berliner otiatrischen Klinik, über grosse Erfahrungen verfügt und das Material ganz und gar beherrscht. So wird auch die 2. Auflage, die sich noch dadurch auszeichnet, dass sie genauere Litteraturangaben enthält, zweifellos einen weiten und dankbaren Leserkreis finden.

— Es kommt selten vor, dass der Kritiker, ehe er Zeit gewann, die 1. Auflage eines Buches zu recensiren, bereits die 2. Auflage desselben in die Hand bekommt. Dies geschah aber jetzt bei dem Büchlein von Prof. Lassar-Cohn, „**Praxis der Harnanalyse**“ (Voss, Hamburg; Preis: M. 1), welches nach kaum einem halben Jahre neu aufgelegt werden musste. Das erübrigt eigentlich eine Kritik, da der Beweis geliefert ist, dass das Werkchen einem Bedürfnisse entsprach und dass es sich als brauchbar in der Praxis erwiesen hat. Letzteres erscheint auch nicht wunderbar, wenn man bedenkt, dass der Autor nur das Einfache, praktisch Wichtige berücksichtigt, Complicirteres bei Seite lässt und das, was er bringt, in klarer, durchaus präciser Weise dem Leser bietet. Wir werden wohl bald die 3. Auflage vor uns sehen!

— Von der „**Bibliothek der gesamten medicin. Wissenschaften**“ sind die Lieferungen 146—155 erschienen. Dieselben enthalten den Schluss der Disciplin „**Augenkrankheiten**“ und führen die Abtheilungen „**Ohren-, Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten**“, „**Hygiene und gerichtliche Medicin**“ und „**Venerische und Hautkrankheiten**“ weiter fort. Auch diese Disciplinen finden wir von bewährten Fachmännern (z. B. Jadassohn, Jessner, Finger, Schech, Fröhlich, Kratter, Irsai, Bergeat, A. Rosenberg, Chiari u. A.) bearbeitet, welche in muster-gültiger Weise die — alphabetisch geordneten — Thematata besprechen. Preis jeder Lieferung des Werkes (Verlag von K. Prohaska, Teschen): M. 1.

— Ein Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie soll von 1898 ab regelmässig erscheinen (Verlag von S. Karger, Berlin). Herausgegeben von Dr. E. Flatau und Dr. L. Jacobsohn, redigirt von Prof. Mendel, wird der Jahresbericht in seinen einzelnen Abtheilungen von berufenen Fachautoritäten bearbeitet werden, sodass er jedenfalls eine werthvolle Bereicherung der periodischen Referatlitteratur bilden wird. Um Einsendung von Sonderabdrücken ersucht die Redaction. — Das bei Joh. Ambr. Barth (Leipzig) erscheinende und im II. Jahrgang stehende *Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene*, herausgegeben von Dr. C. Mense (Preis jährlich: M. 12) und unterstützt von der Colonialabtheilung des Berliner auswärtigen Amtes, vom Reichsgesundheitsamt und der Deutschen Colonialgesellschaft wird den Collegen, die sich für diese Dinge interessieren, zweifellos unentbehrlich sein, wenn sie auf der Höhe der Zeit sich erhalten wollen. Durch Originalabhandlungen bewährter Autoren und referirende Besprechung alles Neuerschiedenen sucht das Archiv seine Leser fortlaufend zu befriedigen.

— In seiner Abhandlung „Ueber die Tabes“ (Verlag von S. Karger, Berlin. 130 S. M. 3,50) giebt Dr. P. J. Möbius, der bekannte Leipziger Nervenarzt, eine sehr anschauliche und interessante Darstellung alles in der Praxis Wissenswerthen, sodass Jeder, der sich eingehend über das Thema unterrichten will, gut thun wird, sich das Büchlein anzuschaffen. Der Aetiologie, Anatomie, Diagnose, Prognose und Behandlung sind besondere Capitel gewidmet, in denen der Verfasser aus der Praxis heraus und für die Praxis sich über jeden wichtigen Punkt klar und kurz äussert, und zum Schluss folgt eine höchst reichhaltige und interessante Casuistik, in der des Verfassers eigene, sowie fremde Fälle, die Besonderes darstellen, wiedergegeben sind. — Im gleichen Verlage erschienen ferner Monographien über 2 andere praktisch wichtige Krankheitszustände: „Untersuchungen über das Magencarcinom“ von Dr. A. Hammerschlag (56 S. M. 2) und „Untersuchungen über die Aetiologie der Akne“ von Dr. Lomry (40 S. Preis: M. 1,60). Beide Werkchen können ebenfalls Denjenigen, welchen die Kenntniss genauer Details dieser Stoffe am Herzen liegt, warm zum Studium empfohlen werden, da sie werthvolle Beiträge enthalten; beide sind auch mit lithograph. Tafeln geschmückt.



Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N. 10.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**  
aus der gesammten Fachlitteratur  
**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**  
*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Grætzner in Sprottau.*  
Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*Juli*

*VII. Jahrgang*

*1898*

---

---

**D**ie früher erschienenen sechs Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen!

---

## **Anaesthesia, Narkose.** Weitere Beiträge zur regionären

**Cocainanaesthesia** liefert Dr. P. Arendt (Antwerpen), der die Oberst'sche Methode z. B. bei Verödung einer paraurethralen Fistel gonorrhoeischen Ursprungs und bei 2 Phimosencircumcisionen anwandte. Der fistulöse Gang verlief, direct am unteren seitlichen Theil der Harnröhrenmündung beginnend, geschlängelt nach hinten, wo er einige Millimeter über den Sulcus coronarius hinweg, in einer ebenfalls am unteren Theil der Urethra gelegenen vereiterten Drüse blind endete. Zerstörung mittelst galvanokaustischen Drahts (nach Janet). Application eines dünnen Gummischlauchs (entsprechend Nr. 14 der Charrière'schen Scala) 2 cm centralwärts der Corona glandis. Aethylchloridstrahl. Sodann Injection von  $\frac{1}{4}$  Pravaz einer 10/100igen frisch bereiteten (absolut nöthig!) Cocainlösung; Autor senkte

die Nadel dabei, mit nach der Peripherie gerichteter Spitze, tief ins Gewebe der Glans ein und beförderte bei langsamem Zurückziehen die Flüssigkeit heraus. Im Ganzen 4 solcher Einstiche längs der Fistel. Nach 5 Minuten Einführung des Glühdrahts, ganz schmerzlos (Pat. rauchte weiter). Erfolg des Eingriffs, wie gewünscht. Bei dem 1. Phimosefall, wo Autor zum 1. Male die Methode versuchte, vollzog er die Umschnürung ebenfalls einige cm centralwärts von der Corona glandis; dann machte er vier  $\frac{1}{4}$  Pravaz-Einspritzungen einer 10/100igen Cocainlösung (also 1 cg auf 4 Mal vertheilt), 1 volar und dorsal und 2 auf den Kanten; diese Einstiche wurden, mit ebenfalls peripher gerichteter Spitze, durch das äussere und innere Blatt des Praeputiums dirigirt. Nach 10 Minuten dann Operation ohne jeden Schmerz; da die Anaesthetie aber ganz genau auf die beiden Praeputialblätter begrenzt war und beim Vernähen die Nadel dicht an der Ansatzstelle des Folium internum mit der Corona glandis eingestochen wurde, so klagte Pat. hierbei über ein dumpfes Schmerzgefühl; der Einstich in das äussere Blatt war absolut schmerzlos. Bei der 2. Phimosenoperation injicirte deshalb Autor auch je 2 Theilstriche tief in die Corona glandis, und diese Operation verlief dann absolut schmerzlos. Die regionäre Cocainanaesthetie bei Phimosenoperation bietet auch den grossen Vortheil, dass man absolut reinlich operirt, da das Glied ja ganz ischämisch ist; man kann ganz ohne Assistenz arbeiten!

(Centralblatt f. Chirurgie 1898 No. 15.)

— Dr. Fr. Rubinstein (Berlin) hat die **Schleich'sche Methode** etwa bei 200 Fällen angewandt, und zwar von verschwindend geringen Ausnahmen abgesehen, mit besten Resultaten. Er operirte so 30 grosse Dermoiden, Atherome und Ganglien, 1 Fall von Haemorrhoiden (Paquelin), 6 Fälle von Phimosen und Circumcisionen bei Erwachsenen (davon 2 mit dem Paquelin); bei Anwendung des Glüheisens besonders gute und pralle Infiltration nöthig! Ferner 6 Fälle von Knochentuberculose (Spina ventosa, Sequester im Stirnbein, tuberculöse Herde in der unteren Radius-epiphyse). Eine grosse Erleichterung bietet die Methode für die Ausführung

von Jodoforminjectionen in tuberculös erkrankte Weichtheile, die Autor in grosser Zahl ausführte. Hat man die Nadelspitze unter das Periost gebracht, so kann man schmerzlos Knochen und Mark bearbeiten. 3 Mal konnte Autor grosse Cysten (Rücken, Schulter, Zahnfleisch) schmerzlos entfernen (1 Mal Operation 40 Minuten), 2 Mal Nadeln aus Hand und Fingern, 10 Mal Angiome (darunter 1 der Oberlippe, 1 Markstück grossen Naevus der Wange), 1 Mal einen eingewachsenen Nagel nebst Bett (ohne Assistenz!), je 1 Mal Panaritium und Phlegmone der Hand schmerzlos incidiren, 13 Mal am Knie operiren (1 Punction und Auswaschung wegen gonorrhöischer Gonitis, 10 Injectionen wegen chronischer Synovitis hyperplastica villosa [Schüller], 1 breite Eröffnung wegen Gelenkmaus, 1 Excision der Bursa praepatell.). Er verfuhr am Knie (zum Zwecke der Injectionen) in der Weise, dass er neben dem Lig. patellae eine starke Nadel horizontal einstach, in das Lig. alare einging bis zum anderen Rande des Lig. patellae und möglichst weit horizontal vordrang. Die seitlichen Kapselparthieen müssen mittelst senkrecht aufwärts gerichteter Nadel jederseits besonders infiltrirt und besonders injicirt werden; hat man dies unterlassen, so bemerkt man z. B. bei der Synovitis hyperplastica villosa nach einiger Zeit, dass die Synovialis im vorderen Kapselbereiche glatt geworden ist, das Knirschen und die Zotten, wenn auch verkleinert, noch weiter bestehen, zugleich ein schöner Beweis für die Wirksamkeit der von Schüller für dies Leiden angegebenen Injectionen von Guajacol-Jodoform. In der Regel wurden in einer Sitzung beide Gelenke vorgenommen, stets ohne üble Nachwirkung (Pat. alt und durch Siechthum geschwächt!), auf die Injectionsstellen Sublimatpuffer, darüber trockene Watte, dann leichter Compressivverband. —

(27. Congress der Deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. —  
Klinisch-therap. Wochenschrift 1898 No. 18.)

- Eine Combination von Infiltrationsanaesthesia und Orthoform empfiehlt Dr. J. Dreyfuss (Ottweiler). Er operirt unter Schleich und streut dann Orthoform ein, wodurch der oft lästige Nachschmerz vermieden und die Anaesthesia weiter unterhalten wird.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 17.)

- Dr. Kindler hat Orthoform auf Anregung von Prof. Goldscheider klinisch geprüft und empfiehlt daraufhin das Präparat als vortreffliches Mittel bei ulcerösen Processen der Mundhöhle und des Larynx. An den ulcerösen Stellen trat nach der Insufflation ein mehr oder weniger intensives Brennen auf, und zwar mit einer solchen Constanz, dass es zusammen mit der etwa 10 Minuten später auftretenden Anaesthesia in schwierigen Fällen als ein sehr brauchbares diagnostisches Hilfsmittel zur Entscheidung der Frage, ob Ulcera vorhanden sind oder nicht, benutzt werden kann. Die absolute Schmerzlosigkeit schwankte zwischen 40—48 Stunden, aber auch dann machten sich nicht etwa die alten Beschwerden sofort wieder in früherer Heftigkeit geltend, wie es oft bei Cocain geschieht, sondern z. B. bei einem Kehlkopfphthisiker, der bisher, wegen starker Schmerzen mehrmals täglich mit 15%iger Cocainlösung gepinselt, darauf nur etwa  $1\frac{1}{2}$  Stunde Ruhe hatte, wirkte eine Insufflation von 0,1 gr Orthoform 5 Tage lang. Bei den meisten Pat. liess auch der durch Kehlkopffaffection bedingte Husten nach, die Pat. konnten schlafen etc. Bei einem mit schmerzhaften Zungenrhagaden behafteten Phthisiker waren sogar nach Anwendung des Mittels  $1\frac{1}{2}$  Tage später die Rhagaden verheilt. Intern wurde das Mittel in Dosen von 0,3 gr mehrmals täglich bei Ulcus und Carcinoma ventriculi verabreicht, wo es gleichfalls Linderung schaffte, freilich nur vorübergehende. Unangenehme Nebenwirkungen fehlten stets.

(Fortschritte der Medicin 1898 No. 7.)

- Eucain bei Affectionen der Speiseröhre und des Rectums wird seit über einem Jahre mit Erfolg von Prof. Rosenheim benutzt, wie Dr. Bayer mittheilt. So bei gewissen Schluckstörungen bei Pat. mit Oesophaguscarcinom, bei denen das Ergebniss der Sondenuntersuchung in einem gewissen Widerspruche zur Schwere der Schluckstörung stand. Bei mehreren Fällen passirte eine harte Sonde von 6 mm Durchmesser und mehr bequem, während nicht einmal flüssige Nahrung geschluckt werden konnte. Diese Erscheinung ist nur durch einen in Folge des Reizes der eingeführten Nahrung auf den abnorm reizbaren Oesophagus ausgelösten Spasmus zu erklären, eine Vermuthung, die dadurch bestätigt wird, dass



die Pat., wenn die abnorme Reizbarkeit durch Morphinum gemindert wird, bequem consistentere Nahrung schlucken. Oft aber lässt auch Morphinum im Stich oder man muss immer grössere Dosen geben, die aber den Appetit rauben und den Kräfteverfall beschleunigen. Auch Sondenbehandlung bringt hier keinen Nutzen, schadet eher durch Erhöhung der Reizbarkeit des Organs. In solchen Fällen nun hatte consequente Eucainbehandlung guten Erfolg. Es wurde 3%ige Lösung mit der Rosenheim'schen, 2 gr enthaltenden und mit leicht gebogenem, 35 cm langem Hartgummiansatz versehenen Oesophagus-spritze an den Locus affectionis gebracht. Ein Pat., der vorher nicht Flüssigkeiten schlucken konnte, nahm dann bequem Beefsteak mit Kartoffeln; er lernte rasch, die Injectionen selbst zu machen und, trotzdem er das 3—4 Mal täglich that, und zwar Wochen lang, zeigten sich keine unangenehmen Folgen. In anderen Fällen gelang es, durch erst tägliche, später 2tägige Einspritzungen den Spasmus soweit herabzusetzen, dass die Pat. ohne Beschwerden consistentere Nahrung nahmen. Auf der Schleimhaut des Rectums wurde Eucain ebenfalls in 3%iger Lösung angewandt, und zwar einmal vor Einführung von theils röhrenförmigen, theils hakenförmigen Instrumenten zur Dilatation und Besichtigung des Rectums, theils zur Anaesthetie bei kleinen Eingriffen, wie Aetzung von Rhagaden und Geschwüren am Anus und Rectum, wobei sich das Mittel als vorzüglich erwies, das durch Betupfen oder, bei höheren Stellen, durch Einführung eines mit der Lösung getränkten, an einem Watteträger befestigten Wattetampon applicirt wurde. Ferner wurde Eucain benützt, in der symptomatischen Therapie der Rectumcarcinome, der ulcerativen Processe des Dickdarms, speciell des Mastdarms, besonders dort, wo dieselben mit hartnäckig andauernden Tenesmen vergesellschaftet waren. Die Recepte lauteten.

## I. Rp.

*Eucain. mur. 0,6**Aquae 20,0.*

S 1—2 gr zur Einspritzung in den Mastdarm.

## II. Rp.

*Eucain. mur. 0,03**Morph. mur. 0,01*(oder *Tct. Opüi spl. gtt. X*)*Aquae 20,0.*

S. Die Hälfte oder das Ganze in den Mastdarm zu spritzen.

In manchen Fällen empfiehlt sich ein Zusatz von 0,5 bis 1,0 Antipyrin zu der letzteren Mischung. Verwendet man Lösung I, also nur eine Injectionsmenge von 1—2 gr, so wird man eine sofortige, aber sich nur auf den untersten Theil des Mastdarms in Sphincternähe erstreckende anaesthesirende Wirkung erzielen, letztere hält aber oft mehr als 4 Stunden an, und es kann dann die Injection erneuert werden, da 3—4 solche pro die ausnahmslos gut vertragen wurden, wenn man die Vorsicht übte, allmählig mit der Dosis zu steigern. Lösung II hat eine geringere local-anaesthesirende Wirkung, hier tritt die allgemein sedative stark in den Vordergrund, die aber gerade in Verbindung mit der localen praktisch sehr werthvoll ist. Die Klystiere wurden gut behalten und kamen vollkommen, wenn auch allmählig, zur Resorption. Unangenehme Zufälle wurden nie beobachtet.

(Therap. Monatshefte 1898 No. 4.)

**Blutungen.** Im Anschluss an 2 interessante Fälle lässt sich Dr. v. Geyer (Frankfurt a. M.) über **Kehlkopfblutungen** aus. Aetiologisch kommen, abgesehen von Verletzungen von aussen, in Betracht: das Eindringen von Fremdkörpern, Nachblutung nach Operationen (Curettag, Kauterisation etc.), Arrosion von Gefässen durch ein Ulcus (krebsiger,luetischer oder tuberculöser Natur), Anomalieen des Blutes und der Gefässe (Werlhofsche Krankheit, Haemophilie, Scorbut, Variola haemorrhagica, Purpura, Leukaemie, Pseudoleukämie, Phosphorvergiftung u. s. w.), Ueberanstrengung der Stimme (Gefässzerreissung bei Sängern!), nervöse B., vicariirende Menstruation, namentlich aber Laryngitis haemorrhagica, ein mit B. einhergehender acuter oder chronischer Katarrh des Kehlkopfs. Die B. treten in 2 Formen auf: das Blut tritt in oder unter die Schleimhaut (Ekchymose, Sugillation, Haematom) oder (häufiger) auf die Oberfläche der Schleimhaut (freie Blutung), wo es, wenn es nicht durch Räuspern entfernt wird, zu Borken oder Gerinnseln eintrocknet. Bei der ersten Form sieht man punkt- bis linsengrosse Stellen, die sich scharf von der Umgebung abheben durch die Röthung und, bei grösseren Ergüssen und Haematomen, auch dadurch, dass die betroffene Parthei ihre Form verliert und oft recht unförmig dick aussieht, wobei durch

die, meist prall gespannte Schleimhaut, deutliches Roth oder Blau durchschimmert. Bei den freien B. sieht man neben Streifen frischen Blutes häufig an verschiedenen Punkten trockene schwarzbraune Krusten und Gerinnsel, die, selbst wenn sie ganz klein sind, bisweilen dyspnoëtische Anfälle von äusserster Heftigkeit auslösen, welche sofort aufhören nach Entfernung der Borke etc. Dagegen leidet selbst bei grossen B. in die Stimmbänder die Function derselben oft nicht im Mindesten! Heiserkeit und Husten treten natürlich in der Regel bei B. ein. — Was nun jene 2 Fälle anbelangt, so zeigten sich hier die B. unter einem ganz neuen Bilde, unter dem eines Tumors, dessen wahre Natur erst das Mikroskop enthüllte. 1. 40jährige Frau, aus gesunder Familie stammend, bisher stets gesund, nur vor 2 Jahren Uterusblutung, die nach Curettage und Entfernung eines Placentarpolypen schwand. Seit 7 Wochen wirft Pat., meist mit Räuspern, helles, flüssiges Blut aus, in 24 Stunden im Maximum 1 Tasse voll. Husten gering, grosse Schwäche. Seit 2 Tagen leichte Heiserkeit. Hausarzt diagnosticirte „Haemoptoë“ und behandelte erfolglos, ein anderer Arzt fand die Lungen intact, aber am Petiolus epiglottidis einen Tumor, weshalb er die Pat. nach Frankfurt schickte. Hier fand man auf der laryngealen Seite der Epiglottis etwas unterhalb des Petiolus einen breitaufsitzenden Tumor von Grösse und Form einer grossen Traubenbeere; Oberfläche glatt und mit frischem Blut theilweise bedeckt, Farbe blauröth; sitzt fest auf und lässt sich mit der Sonde leicht hin- und herbewegen. Diagnose: blutender Polyp. Aetzung mit Trichloressigsäure. Darauf so heftiger Anfall von Dyspnoë, dass bereits Tracheotomie vorbereitet wurde; erst bei Eisapplication Zustand nach 2 Stunden besser, nach 24 Stunden verschwunden. Man musste also an Exstirpation denken. Entfernung vom Munde war irrationell; da der Tumor das Aussehen eines Cavernoms hatte und sein Sitz gerade über dem vorderen Glottiswinkel die locale Behandlung der Ansatzstelle mit dem Kauter sehr erschwerte, musste die Gefahr einer Nachblutung und Aspiration von Blut sehr befürchtet werden, der man nur durch Tamponade nach vorhergehender Tracheotomie hätte Herr werden können. Daher Entfernung von aussen. Tracheotomie und Pha-

ryngotomia subhyoidea, Aushebung des Tumors mit grossem scharfem Löffel (leicht!), Aetzung mit Trichlor-essigsäure. Aufhören der Blutung, aber nach einigen Tagen Wiederbeginn in der früheren Stärke. Am 10. Tage an der alten Stelle neuer Tumor von Erbsengrösse. Das konnte nur ein Blutgerinnsel sein; und in der That bestätigte dies das Mikroskop. Nach Entfernung der Gerinnselmasse jetzt unter dem Petiolus blutende Vene sichtbar, die nach mehrmaliger Aetzung zum Verschluss gebracht wurde. Nunmehr ( $\frac{3}{4}$  Jahr) keine B. mehr, Pat. erholt, Larynxbefund normal. 2. 48jährige Frau. Seit 10 Jahren abwechselnd starke Heiserkeit und Kitzel im Hals; bei raschem Gehen Kurzathmigkeit. Im vorderen Glottiswinkel haselnussgrosser Tumor von blassrother Farbe, höckeriger Oberfläche, ziemlich derber Consistenz, mit breiter Basis auf dem vorderen Theil des linken Stimmbandes aufsitzend und den Eindruck eines Fibroms machend. Abtragung mit der kalten Schlinge. Auch hier zeigte das Mikroskop alte Blutung unter die Schleimhaut; dieselbe, grösstentheils organisirt, enthielt erweiterte dünnwandige Gefässe, die von theils hyalinem, amorphem, theils fädigem Exsudat umgeben waren; in den Endothelzellen sehr reichlich Pigment. Jetzt ( $\frac{1}{2}$  Jahr später) an der Ansatzstelle des Tumors kleinste, stippenförmige rothe Pünktchen, wie Granulationsknötchen aussehend, Stimmbänder weiss, Stimme klar; nie Blut ausgehustet. — Nach diesen Fällen wird man stets bei Tumoren des Kehlkopfes die Möglichkeit einfacher B. in Betracht ziehen und vor Ausführung von grösseren Eingriffen sich die Situation ganz klar machen müssen!

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 15.)

- 2 Fälle von Rachenblutung publicirt Dr. A. Rosenberg (Berlin). Unbedeutende B. aus dem Rachen kommen ja gelegentlich bei chronischer Entzündung seiner Schleimhaut vor; insbesondere bei der sogen. Pharyngitis sicca, bei der die Entfernung des trockenen Secrets von der Unterlage gewöhnlich nur nach längerem Räuspern und Husteln gelingt, sodass manche Pat., um endlich das lästige Gefühl im Halse los zu werden, die Borke selbst mit dem Fingern abkratzen.

Zungengrundes, die durch eine Verletzung beim Essen, durch körperliche Anstrengungen und bei ähnlichen Anlässen gelegentlich platzen. Wenn bei einer Peritonitis abcedens die Incision nicht sachgemäss ausgeführt wird, kann es zu Haematomen unter die Schleimhaut kommen, oder es können Nachblutungen eintreten; insbesondere wenn das Messer in den vorderen Gaumenbogen eingedrungen und einen Ast der Art. pharyngea ascendens verletzt hat, kann die B. recht unangenehm werden. Einmal sah Autor eine Blutung aus der rechten Tonsille ohne auffindbare Ursache. Eine 30jährige Frau blutete 9 Tage nach überstandener Diphtherie aus dem Halse; 5 Tage lang spie sie besonders zur Nachtzeit in kurzen Pausen grössere Blutklumpen aus. Autor sah Pat. 14 Tage nach der Diphtherie; die B. hatten in der Nacht von Neuem eingesetzt und hatten nunmehr fast ununterbrochen 12 Stunden angedauert. Rechte Tonsille ein wenig geschwollen; aus einer im oberen und vorderen Theil befindlichen Krypte hängt ein etwa 2 cm langes, gänsefederkiel dickes Blutgerinnsel herunter, von dem Blut tropfenweise beständig herabfliesst. Nach Entfernung des Gerinnsels sieht man vorn oben eine tiefe lacunäre Oeffnung, aus der ununterbrochen Blut hervorsickert. Nach einer galvanokaustischen Aetzung steht die Blutung für immer. Es finden sich in den Tonsillen gelegentlich kleine Aneurysmen, und es wäre möglich, dass in Folge der während der Diphtherie eingetretenen entzündlichen Congestion ein solches geplatzt ist. Beim 2. Falle handelt es sich um eine 56jährige Schneiderin, die seit 10 Jahren über eine stechende, nach dem Ohre hin ausstrahlende Empfindung in der rechten Seite des Halses klagt. Vor 10 Jahren wurde nichts Abnormes gefunden, von 1889 ab soll eine der jetzigen ähnliche Veränderung bereits constatirt worden sein. 1890, 1896 und im April d. J. will Pat. sehr heftige B. aus dem Munde gehabt haben, stets Nachts; sie erwachte plötzlich mit einem Gefühl von Schwerathmigkeit, fühlte den Mund voller Blut, spie eine Menge geronnenen und später frischen Blutes aus (etwa 1 Liter), worauf die Schmerzen für längere Zeit schwanden. Jetziger Status: Anämische, nervöse, sonst aber gesunde Person. An der vorderen Fläche des rechten hinteren Gaumenbogens eine über steck-

nadelkopfgrosse, runde venöse Gefässerweiterung. Wenn Pat. würgt, sieht man von der hinteren Fläche des Arcus pharyngo-palatinus und an der rechten Seitenwand des Rachens einen etwa 2 cm langen,  $\frac{1}{2}$  cm breiten und ca. 1 cm tiefen ovoiden, an der Oberfläche höckrigen, körnigen, dunkelblauen Tumor entspringen; sein unterer Rand entspricht etwa der Basis der Uvula (bei Ruhestellung des Velum), die obere Grenze reicht 1 cm in den Nasenrachen hinein. Bei genauerer Betrachtung sieht man, dass es sich um unregelmässig mehr oder minder erweiterte Venen handelt, der Tumor also ein Varix ist. Autor sah bisher keinen ähnlichen Fall.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 18.)

- **Simulation von Blutbrechen und Haematurie bei einem Unfallkranken** deckte Prof. Strümpell (Erlangen) auf. Derselbe wurde von einer Versicherungsgesellschaft aufgefordert, einen Pat. zu begutachten, der angeblich schon seit über 1 Jahr in Folge eines Unfalls an Blutbrechen und blutigem Urin leiden sollte. Verschiedene Aerzte hatten schon anatomische Diagnosen (besonders Lebercirrhose) gestellt. Pat., ein 35jähriger, corpulenter Gastwirth, erschien Januar 1898 und erzählte, er sei am 30./IX. 95 beim Hinabsteigen in seinen Keller ausgeglitten, sei dabei mit dem Kopf an einen steinernen Pfeiler, mit der Magengegend auf den Rand eines Fasses gefallen; alsbald sei er wieder aufgestanden und habe ein Bierfass die Treppe hinaufgetragen, dabei aber plötzlich einen „Riss in der Magengegend“ verspürt und gleich darauf  $\frac{1}{2}$  Liter Blut ausbrechen müssen. Seit jener Zeit müsse er sehr häufig Blut brechen und habe dann stets auch blutigen Urin; ausserdem spüre er Schmerzen im Leib, Brennen beim Wasserlassen u. dgl. Die Sache war verdächtig; die Combination von Blutbrechen und Haematurie ist an und für sich etwas Ungewöhnliches, dann war „die Häufigkeit“ des Brechens auffallend und das gesunde, keineswegs anämische Aussehen des Pat. Aeussere Untersuchung negativ. Pat. sollte uriniren, er versuchte es, aber ohne Erfolg, „er könne jetzt kein Wasser lassen“. Als sich Autor einige Minuten aus dem Zimmer entfernen musste, konnte Pat. es aber plötzlich während dieser Zeit und überreichte dann etwa 300 ccm blutigen,

trüb-schmutzigen Harns. Derselbe wurde sofort centrifugirt und untersucht. Neben zahlreichen rothen Blutkörperchen sah man einige Leukocyten, eine ganze Anzahl von Pflasterepithelien, mehrere Haufen von Leptothrixpilzen und ein Stückchen quergestreifter Muskelfaser! Pat. musste in den Harn hineingespuckt haben! Er wurde gezwungen, in die Klinik zu kommen und musste da öfters unter Aufsicht Urin lassen; derselbe war stets normal. Nunmehr wurde ihm ins Gesicht die Simulation erklärt und er bekannte, er habe allerdings neulich ausspucken müssen, weil er kein anderes Gefäß gehabt habe. Er wurde ermahnt, die Sache ruhen zu lassen und der Gesellschaft mitgetheilt, eine Unfallbeschädigung liege nicht vor. Der Fall zeigt wieder, wie wichtig es ist, bei allen B. Hysterischer und Unfallkranker auch an die Möglichkeit einer künstlich producirtcn Blutung aus der Mund- und Rachenhöhle zu denken.

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1898 No. 4.)

- Einen Fall von traumatischer Apoplexie ohne nachweisbare Schädelverletzung theilt Dr. H. Schloffer (Prag, Wölfler'sche Klinik) mit. 26jähriger Mediciner erhält am 15./VI. 94 Morgens 4 Uhr mit einem Besenstiel einen wuchtigen Schlag gegen die rechte Scheitelfegend. Er sinkt in die Knie, erhebt sich aber sogleich wieder, nimmt Stock und Hut und entflieht (beim Ergreifen derselben bemerkte er, dass die linke Hand eingeschlafen, schwach, ungeschickt war). Verfolgt und nach kurzer Zeit eingeholt, bekommt er noch mehrere Hiebe und Stösse, eilt dann in seine etwa 5—7 Minuten entfernte Wohnung, sperrt Haus- und Zimmerthür in gewohnter Weise auf, geht 2 Stockwerke ohne Störung, kleidet sich aus, dreht sich mit der linken Hand eine Cigarette; dann bekommt er Kopfschmerzen und schläft gegen  $\frac{1}{2}$  5 Uhr Morgens ein. Um 6 Uhr erwacht er mit Kopfschmerzen, Brechreiz, Schwindelgefühl, erbricht, fühlt den rechten Mundwinkel gegen das rechte Ohr verzogen, kann das linke Bein und den linken Arm absolut nicht mehr bewegen. Dann kurze Zeit Zustand von Schläfrigkeit. Am Abend Aufnahme. Status praesens: Pat. ist vollkommen bei Bewusstsein, erzählt genau die Ereignisse; linke Pupille etwas weiter als

die rechte, beide prompt auf Lichteinfall und Accommodation reagirend; vollständige Lähmung des linken Mundfacialis; die Zunge weicht beim Vorstrecken leicht nach links ab; vollständige Lähmung der linken oberen und unteren Extremitäten, Sehnenreflexe daselbst gesteigert; Sprache völlig intact; etwas über dem rechten Tuber parietale 2 streifenförmige Contusionen der Haut, keine Knochendepression oder Fractur; starke Kopfschmerzen; Temp. und Puls normal. Am 16./VI. in der Annahme eines Haematoms der Dura mater Trepanation rechts; kein Haematom zu finden. Heilung per primam. Die Kopfschmerzen bessern sich in einigen Tagen, aber die Lähmungen bleiben durch ca. 14 Tage unverändert. Erst Anfangs Juli beginnt die Mobilität in den Extremitäten und im Facialisgebiet allmählig wiederzukehren. Ende August verlässt Pat. die Klinik; geringe Facialisparese, Bewegung des Armes im Schulter- und Ellenbogengelenk zum Theil zurückgekehrt, Streckung der passiv flectirten Finger ist möglich, unmöglich aber active Beugung derselben, Bewegung in allen Gelenken der unteren Extremitäten ausführbar, doch wird das linke Bein beim Gehen, das nur mit Stock möglich, nachgeschleift. Weiterer Verlauf: Im Jahre 1894 zuerst und dann in der Folgezeit noch 4 Mal Krampfanfälle, beginnend mit Zuckungen im linken Vorderarm und den Fingern, und mit Bewusstseinsverlust einhergehend. Status praesens im December 97: Pat. psychisch intact, Augen, Gehör, Geruch, Geschmack normal; classische Hemiplegia sinistra; Gehen ohne Stock leicht möglich in der Art der Hemiplegiker; motorische grobe Muskelkraft gegen rechts nicht wesentlich herabgesetzt; linker Arm schwer geschädigt, kann gar nichts mit den Fingern fassen, bewegt nur mühsam den Arm zur Verticalen; linker Mundfacialis deutlich paretisch; tiefe Reflexe links allenthalben lebhaft gesteigert, linker Cremaster- und Bauchdeckenreflex erhalten; Sensibilität, elektrische Nerven- und Muskeleirregbarkeit ganz normal. — Was lag vor? Wenn im Anschluss an ein Schädeltrauma, das zunächst keine schweren cerebralen Erscheinungen hervorgerufen hat, nach einigen Stunden Hemiplegie eintritt, so ist in der überwiegenden Zahl der Fälle wohl ein Haematom der Dura mater über der der Lähmung entgegengesetzten Gross-



hirnhemisphäre entstanden (auch ohne Schädelfractur, da die Schädelknochen sehr elastisch!). In den meisten Fällen sind wir ferner berechtigt, selbst wenn auf der gelähmten Seite Spuren der angreifenden Gewalt am Schädel zu finden sind, die Blutung auf der der gelähmten gegenüberliegenden Seite anzunehmen. Im obigen Falle erwiesen sich diese Annahmen als trügerisch, man musste nach einer anderen Ursache für die Lähmungen suchen. In Hinblick auf das mehrstündige lähmungsfreie Intervall konnten sie nur durch eine Blutung bedingt sein. Wo aber befand sie sich? Nicht selten liegen Hirnläsion und Lähmung auch gleichseitig (mangelhafte oder fehlende Kreuzung der Pyramidenbahnen!). Gegen Meningealblutung mit collateralen Lähmungen sprach aber hier: 1. das Verhalten des Bewusstseins, das hier nie wesentlich beeinträchtigt war, während in allen Fällen sonst, wo der Druck des Blutkuchens auf die Hirnrinde zu schweren Lähmungen führt, auch schwere Bewusstseinsstörungen die Folge sind; 2. der weitere Verlauf, indem die Lähmungen sich so langsam und unvollkommen besserten, und heute, nach  $3\frac{1}{2}$  Jahren, noch beträchtliche Paresen bestehen, was bei Haematomen der Dura mater, bei denen eine primäre Hirnrindencontusion grösseren Umfanges nicht stattgefunden hat, nicht der Fall ist. Bei den nicht operirten Fällen tritt zum grossen Theil der Tod in Folge des Hirndruckes ein, bei Denjenigen aber, die die Druckerscheinungen überleben, ist nie ein dauerndes Persistiren von Lähmungen oder Paresen verzeichnet, sondern meist vor Ablauf von  $\frac{1}{2}$  Jahr völliger Rückgang derselben. Dass nicht alle Fälle von Meningealblutung, die mit dem Leben davonkommen, auch völlig geheilt werden und gelegentlich noch Lähmungen zurückbleiben, rührt wohl davon her, dass es in solchen Fällen häufig auch zu directen primären Hirnläsionen (Contusionen ohne Schädelbruch, Verletzungen durch abgesprengte Knochentheile und imprimirte Fragmente) gekommen ist. Dies lag sicher im obigen Falle nicht vor, sodass jener langsame und unvollkommene Rückgang der Lähmungen und der jetzige Befund hier mit einer Blutung an der Hirnoberfläche kaum in Einklang zu bringen sind. Und eine solche innerhalb der Hirnmasse? Nun, traumatische Apoplexien sind gewiss nicht häufig.

Am meisten finden sie sich noch nach schweren Traumen mit Brüchen der Schädelkapsel und ausgedehnten Contusionen an der Hirnoberfläche, seltener bei unverletztem Schädel, am seltensten da, wo das Trauma nicht auch tödtlich ablief. Nun giebt es aber wiederum sogen. traumatische Spätaoplexieen, bei denen es im Anschlusse an ein Trauma zuerst zu Erweichungsherden und in diesen durch Gefässalteration und veränderte Druckverhältnisse oder vielleicht durch traumatische Aneurysmen zu Hirnhämorrhagieen kommt. Bei allen diesen Fällen liegt zwischen dem Tode, resp. dem Beginne der Krankheitserscheinungen und dem Trauma stets ein längerer, von Beschwerden fast völlig freier Zeitraum, wodurch schon der Beweis erbracht wird, dass durch ein Schädeltrauma auch umschriebene Läsionen in der Tiefe der Hirnsubstanz ohne erhebliche Funktionsstörung des gesammten Gehirns bewirkt werden können. Es wird also auch in obigem Falle gegen die Möglichkeit einer solchen Blutung im Gehirn kein Einwand erhoben werden können, nur muss man in Hinblick auf die fehlende Bewusstseinsstörung die Hämorrhagie an eine Stelle verlegen, an der die Fasern der motorischen Bahnen eng aneinandergedrängt liegen, an der also eine geringfügige Blutung genügt, um Hemiplegie zu erzeugen, also etwa im hinteren Schenkel der Capsula interna, was zu dem Symptomencomplex hier auch gut passen würde. Die später aufgetretene Epilepsie war wohl bedingt durch eine geringfügige Contusion an der Stelle des motorischen Rindengebietes für die obere Extremität an der rechten Hemisphäre; traten doch sofort nach der Verletzung leichte motorische Störungen im linken Arm auf, und die epileptischen Anfälle begannen mit Zuckungen in demselben. Was nun den Entstehungsmechanismus der Blutung hier anbelangt, so denke man an die Verschiebungen, die anlässlich des Traumas in der Hirnsubstanz vor sich gehen. Diese Verschiebungen betrafen allerdings hier in der Hauptsache nur einen umschriebenen Bezirk, aber einen solchen, wo wegen der eigenartigen Anordnung der Gefässe auch ein Lieblingssitz spontaner B. ist. Dazu kommt, dass der Pat. Potator strenuus war (z. B. prädisponirende Gefässveränderungen!). Die Sache war

also die, dass ein Schädeltrauma, welches in einem bestimmten Bezirk des Gehirns eine Erschütterung hervorbrachte, an der Hirnoberfläche, dort, wo die Verschiebung der Theilchen in grösserem Maasse stattgefunden haben muss, eine ausgedehnte anatomische oder functionelle Läsion nicht zur Folge hatte, dass es aber in der Tiefe der Hirnsubstanz an einer Stelle, der sich diese moleculare Verschiebung schon in viel schwächerem Maasse mitgetheilt haben mochte, doch zu einer, wenn auch geringfügigen Läsion der Gehirnssubstanz mit schweren Folgeerscheinungen kam.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898 No. 16.)

- Die Zuverlässigkeit der Anamnese bei Blutern ist, wie T. Dent betont, eine sehr geringe. Bluter behaupten fast stets, vorher noch nie geblutet zu haben. Bei suspecten Individuen darf man sich auf diese Angaben nicht verlassen, sich nicht verleiten lassen, zu einer Operation zu schreiten! — Auch Referent dieser Arbeit konnte 2 Mal bei älteren Kindern dieselbe Erfahrung machen. Beide waren ihm wegen angeblich tuberculöser Kniegelenkentzündung zur Operation überwiesen worden. Bei genauerer Untersuchung schien die Diagnose zweifelhaft, und man fand an mehreren Stellen blaue und braune Flecke auf der Haut, die beide Kinder auf Misshandlungen zurückführten, nebenbei behauptend, nie geblutet zu haben. Nähere Nachforschungen ergaben, dass es sich um schwere Bluter handle, die schon oft geblutet und die Geschichte der Misshandlung erfunden hatten. Beide Fälle waren Bluterkniee, die bei geeigneter Behandlung ausheilten.

(British med. Journal 23. April 1898. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 20.)

**Cholelithiasis.** Ueber intermittirenden chronischen Ikterus macht Dr. Albu (Berlin) eine Mittheilung. Patientin, 16 Jahre alt, stammt von gesunden Eltern. Hereditäre Lues ist auszuschliessen, desgleichen Abusus spirituosorum. In früher Kindheit hat Pat. Masern gehabt. Im 6. Lebensjahre stellte sich Gelbsucht ein, welche 5 Monate bestehen blieb. Zum 2. Male trat dieselbe im 13. Lebensjahre auf und hielt 8 Monate an, zum 3. Male im 15. Lebensjahre, 6 Monate dauernd, und dieser

4. jetzige Anfall hat vor 4 Monaten begonnen. Nach Angabe der Mutter ist das Auftreten der Gelbsucht jedes Mal mit einer 8—14 Tage anhaltenden, auch fieberhaften Halsentzündung einhergegangen (was aber Autor bezweifelt, event. ätiologisch für belanglos ansieht). Während der früheren Ikterusperioden soll das Kind viel über heftige Schmerzen in Magen- und Lebergegend geklagt haben, die aber nicht kolikartig, sondern andauernd waren und auch dem Ikterus nicht vorangingen. Auch Schüttelfrost und Fieber sind niemals zu Beginn dagewesen. Seit dem neuesten Erscheinen des Ikterus sind nur vorübergehend leichte Schmerzen in der Lebergegend vorhanden gewesen. Zwischen den Anfällen war die Haut stets ganz weiss, das Kind vollkommen gesund. Der Eintritt der Genesung erfolgte immer ziemlich plötzlich. Während Autor die Pat. beobachtete, hat sich der objective Befund, sowie das subjective Befinden fast gar nicht geändert; die Krankheit ist gleichsam noch immer auf der Höhe. Pat. ist dauernd fieberfrei, hat guten Appetit, regelmässigen Stuhlgang, keine besonderen Beschwerden, sie ist aber abgemagert, fühlt sich sehr matt und ist recht missmuthig. Status praesens: Mangelhaft entwickeltes, schlecht genährtes Mädchen mit intensivem Ikterus der gesamten Körperhaut, auch der Conjunctiven, der Mundschleimhaut, des weichen Gaumens. In Folge Juckens zahlreiche Kratzeffekte. Ausser diesen Zeichen nichts Pathologisches ausser dem Befund an der Leber. Letztere erheblich vergrössert, und zwar in beiden Lappen in gleicher Weise. Leberdämpfung beginnt am oberen Rande der 5. Rippe und reicht in der Mamillarlinie bis 3 Finger breit unter dem Rippenbogen. Bei der Palpation fühlt man den freien Rand der Leber noch etwas tiefer stehend, die Oberfläche hart und leicht uneben; sie ist auch etwas druckempfindlich. Harn andauernd ikterisch, eiweissfrei. Fäces seit Monaten fast vollständig entfärbt. Pat. ist schon von vielen Aerzten behandelt worden, deren Diagnose sehr differirte. Autor glaubt an eine chronische Ch., die in Folge anhaltender Gallenstauung zu einer hypertrophischen Lebercirrhose geführt hat. Ch. ist ja im Kindes- und jugendlichen Alter selten, kommt aber vor. Vielleicht geben angeborene Anomalieen eine disponirende Ursache ab, womit

sich auch das familiäre Auftreten chronischer Ch. erklären würde, das auch Autor mehrfach beobachtete. Unter diesen Anomalieen könnte man vielleicht an eine ihre katarrhalische Erkrankung begünstigende Affection der Gallengänge und der grösseren Gallenwege, z. B. eine abnorme Enge derselben denken, welche die Bildung von Gallenconcrementen erleichtert. Im obigen Falle muss aus dem andauernden Icterus der Haut und der Entfärbung der Fäces ein vollständiger Verschluss des Ductus choledochus gefolgert werden, und Autor steht nicht an, das Festsitzen eines Gallensteins an dieser Stelle anzunehmen, obwohl bisher Steine nicht gefunden wurden. Chronische Gallenstauung führt bisweilen zu hypertrophischer Lebercirrhose, und in dieser liegt hier das Periculum vitae, weshalb das Aufsuchen des verstopfenden Steines ernsthaft in Frage zu ziehen wäre, wenngleich dadurch eine Heilung nicht mit Sicherheit gewährleistet werden könnte.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1898 Nr. 13.)

**Leukoplakia.** Ueber einen Fall von *L. pharyngis non specifica* berichtet Dr. A. Rosenberg (Berlin). Im Juli v. J. consultirte ihn ein Herr in den 40er Jahren wegen seit ca. 3 Wochen bestehender Unbequemlichkeit beim Schlucken; er hatte dabei ein Gefühl des Pelzigseins im Rachen, das ihm das Schlingen erschwerte. Im Uebrigen fühlte er sich gesund, will auch bisher immer gesund gewesen sein, nur habe er ca. 14 Tage vor Eintritt seiner Schluckbeschwerden eine mit Fieber einhergehende und sein Allgemeinbefinden erheblich störende Erkrankung durchgemacht, die sein Arzt als Influenza bezeichnete. Status praesens: An den Tonsillen, den vorderen Gaumenbögen, der Uvula und besonders am Velum palatinum eine den grösseren Theil der Schleimhautoberfläche einnehmende weissliche Verfärbung derselben. Diese weissliche Farbe nicht durchgängig gleichmässig, vielmehr an einigen Stellen eine intensive, gesättigte, an kurzgeschorenen weissen Sammet erinnernd, an anderen wieder weniger lebhaft, keine Deckfarbe, dünner aufgetragen, sodass hie und da die rothe Schleimhaut hindurchschimmerte. Die lebhafter gefärbten Parthieen erheben sich um ein wenig, kaum messbares über das Niveau der Umgebung. Die ganze afficirte, ziemlich scharf

umschriebene Fläche von einem schmalen rothen entzündlichen Hof umgeben. Im Uebrigen Pat. vollkommen gesund; nirgends etwas Abnormes nachweisbar. Obwohl also die Diagnose „Syphilis“ sehr zweifelhaft, Ordination grosser Dosen Jodkali 14 Tage lang; nicht die geringste Veränderung. Von der weisslichen Masse etwas abzukratzen, war selbst mit scharfem Löffel nicht möglich. Nach verschiedenen therapeutischen, sämtlich misslungenen weiteren Versuchen Touchiren der Schleimhaut mit reiner, an die Sonde angeschmolzener Chromsäure, und zwar successive. Nach einigen Tagen immer touchirte Schleimhaut normal gefärbt, gesund, frei von Narben etc. So Heilung in 14 Tagen. — Was hatte vorgelegen? Sicher nicht ein künstliches Product in Folge Gurgelns mit starker Alaunlösung (Autor hatte einmal einen Pat., bei dem in Folge dieses Gurgelns auf dem Gaumensegel, besonders aber in den Taschen und Falten des Rachens sich weisse, leicht abwischbare, glänzende Beläge, aus Alaunkrystallen bestehend, vorfanden), obwohl auch Pat. vorher solche zum Gurgeln benützt hatte, ebenso wenig Syphilis (Nicht-erfolg der specif. Cur, Fehlen von Drüenschwellung und sonstigen Erscheinungen, Plaques hier weiss, nicht graubläulich wie Condylomata) und mykotische Erkrankungen (gegen Keratose spricht das Fehlen jener weissen, der Schleimhaut zwar fest anhaftenden, aber doch ablösbaren Pfröpfe, die sich dort, wo das adenoide Gewebe des Rachens besonders entwickelt ist, vor Allem in den Lacunen der Tonsillen einstellen, wogegen hier eine mehr diffuse, besonders am Gaumensegel etablierte weissliche Verfärbung vorliegt, gegen echte Pharyngomykose, einer weisslichen diffusen Verfärbung der Rachenschleimhaut, die im Wesentlichen auf Ansammlung von *Leptothrix* beruht, der Umstand, dass diese Auflagerungen weich, leicht entfernbar, schmerzhaft sind und hauptsächlich bei Schwächezuständen älterer Leute auftreten), aber wie hier die Flecke zu deuten sind, das ist dem Autor nicht klar, jedenfalls hält er sie für eine Verdickung und oberflächliche Verhornung des Epithels, wofür er die provisorische, nichts präjudicirende Bezeichnung „L. pharyngis non specifica“ wählte.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 18.)

**Morbilli.** Ueber das von Koplik als Frühsymptom der M. beschriebene Schleimhautexanthem lässt sich Stabsarzt Dr. Slawyk (Berlin, Charité-Kinderklinik) aus. Im December 1896 veröffentlichte Koplik (New-York) ein bisher unbekanntes Frühsymptom der M., nämlich ein lediglich auf die Wangenschleimhaut localisirtes Exanthem, das mit Beginn der Prodrome einsetzt, also zu einer Zeit, wo die Diagnose meist noch unklar ist, und für M. pathognomisch sein soll. Trotz der Wichtigkeit der Sache — befähigte doch dies Frühsymptom uns, jeden Fall von M. ganz früh zu isoliren und unschädlich zu machen, auch andere ähnliche Affectionen (Rubeola, Arzneiexantheme etc.) von vornherein auszuschliessen — blieb die Publication ziemlich unbekannt. In der Heubner'schen Klinik aber gab im Winter 1897 eine Hausepidemie (32 Fälle) Gelegenheit, die Koplik'schen Flecke zu studiren. Diese zeigten sich von diesen 32 Fällen bei 31 und von 52 eingelieferten Fällen von M. bei 45. Sie bestehen aus bläulich-weissen, leicht erhabenen, 0,2 bis 0,6 mm im Durchmesser haltenden, rundlichen Efflorescenzen, welche sich meist im Centrum von linsengrossen, gerötheten Schleimhautparthien befinden. Ihr Sitz ist die Wangenschleimhaut (am häufigsten gegenüber den unteren Backenzähnen), selten anderswo (einige Male Lippenschleimhaut, 1 Mal Zunge), ihre Zahl je 6—20 auf jeder Seite (vereinzelte aber auch Hunderte); bisweilen ist die Affection einseitig. Bei der Untersuchung empfiehlt es sich, bei geöffnetem Munde mit dem Daumen die Wangenschleimhaut vorzudrücken, während gleichzeitig der Zeigefinger vom Mundwinkel aus die Backe von den Zähnen abzieht (Tageslicht oder sehr helles Glühlicht unerlässlich, gelbes Lampenlicht ungenügend!). Fast nie Confluenz der Flecke. Verwechselung mit anderen Mundaffectionen nicht möglich (vom Soor unterscheiden sich die Flecke durch ihre Farbe und die gleichmässig rundliche Form). Durch Tupfen Flecke nicht entfernbar, wohl aber mit der Pinzette (ohne Schmerz und Blutung!). Flecke nur bei Masern beobachtet (auch bei Rubeolae fehlten sie!), also ein absolut sicheres diagnostisches Merkmal, bei dem man immer den Ausbruch der M. vorhersagen kann. Sie erscheinen gewöhnlich am 1. oder 2. Tage der

Prodrome, nehmen oft bis zum Auftreten des Hautexanthems an Zahl zu, bleiben 3—4 Tage stationär, um dann zu verschwinden (durchschnittliche Persistenz also 6—7 Tage), gewöhnlich wenn das Hautexanthem abzublassen beginnt. Nie Belästigung durch sie, nie Geschwürsbildung. Therapie daher überflüssig!

(Deutsche medicin. Wochenschrift 1898 No. 17.)

- Ein colossales Hautemphysem als Complication von M. ist äusserst selten. Ein derartiger Fall wurde aber beobachtet von Dr. Palleske (Loitz) bei einem 18jährigen Patienten, der während einer Masernepidemie an ziemlich heftigen Morbilli erkrankte, wobei sich auch eine intensive Bronchitis einstellte. Bald nachher wurde Autor gerufen, weil Pat. keine Luft bekomme. Pat. befand sich in der That in heftiger Dyspnoë, ausserdem war er total unförmlich angeschwollen; der ganze Rumpf, Hals, ja sogar die unteren Extremitäten waren stark aufgetrieben. Dabei unaufhörlich stärkster Reizhusten. Schwellung nicht gleichmässig über den Körper verbreitet, sondern in Form unregelmässiger Streifen, dazwischen normale Stellen; bei Betastung deutliches Knistern. Pat. gab an, dass er bei einem Hustenanfall plötzlich einen heftigen Schmerz im Rücken gefühlt und bald darauf die Schwellung bemerkt habe, die sich rasch ausbreitete. Es muss also jedenfalls in der Gegend der Lungenwurzel eine Zerreissung der Bronchialschleimhaut stattgefunden haben, worauf die Luft unter die Körperoberfläche und vielleicht — nur so würde sich die so heftige Dyspnoë erklären — in das submuköse Gewebe des Bronchialbaums trat. Therapeutisch musste eine Verhütung weiterer Aufblähung durch Verhinderung weiterer Hustenstösse erfolgen. Dies geschah durch grosse Dosen Morphium und einen Priessnitz'schen Umschlag um den Rumpf. Das gelang, die vorhandene Luft wurde rasch resorbiert, und die weitere Genesung ging glatt von Statten.

(Deutsche medic. Wochenschr. 1898 No. 16.)

- Spontangangrän nach M. sah Dr. J. Munk (Duna-Szerdahely). Ein am 22./V. 94 geborenes, von gesunden Eltern ab-



stammendes Kind war bis zur Zahnperiode vollkommen gesund. Während der 1. Dentition litt es an heftiger Eklampsie, lernte schwer sprechen und fing erst im 3. Jahre an, ohne Stütze zu gehen, war jedoch im Uebrigen gut entwickelt und gesund. Anfang April v. J. erkrankte es an M. und nach Ablauf derselben an rechtsseitiger katarthaler Pneumonie. Nachdem es vollkommen genesen war und sich zu erholen begann, bemerkten die Eltern, dass es in der Nacht vom 20. zum 21. April, also 3 Wochen nach Beginn der Masernerkrankung, unruhig schlief. Am folgenden Tage klagte es über Schmerzen in der linken Hand. Hier, auf dem Daumen, erblickte man ein kleines dunkelgefärbtes Bläschen, auch war die Hand auffallend kalt. Am 23./IV. war die Hand schwarz. Autor sah Pat. am 26./IV. zum 1. Mal und fand alle Finger der linken Hand bis zum Metacarpus mumificirt, beinhart und trocken. Nur vom Zeigefinger war bloss die 3. Phalange ganz und von der zweiten die Hälfte mumificirt und die andere Hälfte des Fingers nur oberflächlich bläulich tingirt und weich. Ebenso waren auf dem Handrücken und in der Vola manus schwarzblaue Flecke, die ganze Hand auffallend kalt, weder Radial- noch Ulnarpuls zu fühlen. Temperatur normal, Verdauung und Schlaf jedoch gestört, im Urin weder Eiweiss noch Zucker, Herzaction normal, ebenso Athmung, Milz u. s. w. Nach Desinfection der Hand mit 5%iger Creolinlösung bestreute Autor die mumificirten Finger mit Jodoform, massirte die Hand mit 10%iger Ichthyolsalbe und legte einen antiseptischen Verband an. In der Nacht darauf Schlaf, am Tage Appetit. Diese Therapie wurde bis 3./V. fortgesetzt. Am 4./V. begann deutliche Demarcation sich zu bilden, die schwarzblauen Flecke waren geringer, der Handrücken weniger geschwollen, leicht roth und etwas warm. Am 15./V. enucleirte Autor den ganzen Daumen im Metacarpophalangealgelenk, Tags darauf den Ringfinger nahe am Metacarpus, einige Tage später Kleinfinger, Mittelfinger in der Hälfte der 1. Phalanx, ungefähr im Niveau der Uebergangsfalten, den Zeigefinger in der Mitte der 2. Phalanx, und am 12./VI. wurde Pat. geheilt entlassen. — Autor hält den Fall wieder für einen Beweis dafür, dass Bakterien, welche Infectionskrankheiten hervorrufen, Toxine bilden,

die ihrerseits locale Asphyxie mit rapider Gangrän veranlassen.

(XII. Internat. medic. Congress, Moskau 1897. — Wiener klin. Rundschau 1898 No. 21.)

- 3 Fälle von Störungen im Bereich des Oculomotorius nach M. beobachtete Dr. Dreisch (Ansbach) hinter einander während einer Masernepidemie im vorigen Jahre.
1. 9 $\frac{1}{2}$  Jahre alter Knabe, etwas blasses Aussehen, gute Gesamternährung. Nach Angabe der Mutter überstand derselbe vor 14 Tagen M., wobei er nur einen Tag fieberte und geröthete Haut zeigte. Die Mutter liess ihn 7 Tage im Bett, am 11. Tage besuchte er die Schule wieder, hatte am 1. Tage des Schulbesuchs über keinerlei Sehstörungen zu klagen, am 2. Tage äusserte er Abends beim Anfertigen seiner Hausarbeit, dass er Flimmern verspüre und ihm die Buchstaben vor den Augen verschwimmen. Am nächsten Morgen konnte er keine Zeile mehr lesen. Untersuchungsbefund: Aeusserlich an den Augen nichts Krankhaftes nachweisbar, Pupillenreaction prompt. Pat. liest auf 6 m Snellen'sche Tafeln vollständig, Convexgläser geben keine weitere Verbesserung. In der Nähe ist ihm das Lesen unmöglich, mit convex 3,0 D liest er feinsten Druck. Ophthalmoskopischer Befund normal, desgleichen Gesichtsfeld und Farbenperception. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Eine Halsaffection hat nie bestanden. Sonstige paretische Erscheinungen, insbesondere Seitens des Gaumens, nicht vorhanden. Therapie: Kräftige Ernährung, abendliche kalte Abreibungen an Brust und Rücken, Pil. ferri arsenic., local: Einträufelung von 2 $\frac{0}{10}$ iger Pilocarpinlösung, um durch Contraction des Ciliarmuskels eine Anspannung der Accommodation zu bewirken, ferner tägliche Faradisation. Nach 7 Tagen wird Sn. 0,5 in 10 cm gelesen, somit A = 10 D; die Accommodation war somit zwar nicht vollkommen, indess annähernd normal, und es konnte ohne Ermüdungsgefühl längere Zeit gelesen werden.
2. 8jähriges kräftiges Mädchen, sehr gut genährt. Vor 3 Wochen M. mit einem etwa 1 $\frac{1}{2}$  Tage dauernden Exanthem. Danach leichte, etwa 7 Tage andauernde Bronchopneumonie mit leichtem Fieber während der ersten 4 Tage. Rasche Reconvalescenzen. Seit 2 Tagen kann Pat. plötzlich nicht mehr lesen. Ausser leichter Lichtscheu während der Masernerkrankung waren Seitens der Augen keine Erscheinungen

vorhanden. Auch jetzt äusserlich nichts Pathologisches wahrnehmbar. Sehschärfe beiderseits =  $\frac{2}{3}$  der normalen mit convex 1,0 D S = 1, mit convex 4,0 D wird in der Nähe feinste Schrift gelesen. Gesichtsfeld und Farberception normal, Pupillenreaction prompt, Urin frei; sonstige anamnestiche Erhebungen für die vorliegende Accommodationslähmung (Trauma, Diphtherie, Würmer etc.) hatten negatives Ergebniss. Therapie dieselbe, wie bei Fall 1, Heilung kam aber etwas später, als hier. 3. 14-jähriger Knabe, der vor 5 Wochen Masern überstanden; die mit starkem,  $1\frac{1}{2}$  Tage sichtbarem Exanthem einhergehende Erkrankung hatte im Ganzen 8 Tage gedauert, worauf rasche Erholung gefolgt war. Seit 8 Tagen klagt Pat. über Schmerzen in der rechten Stirnseite, gestern Abend stellte sich unter Erbrechen und Schüttelfrost Doppelsehen ein. Gegenwärtiger Befund: Etwas blasser, sonst kräftiger Knabe, der am Körper keine krankhaften Erscheinungen, speciell auch Seitens des Nervensystems aufweist; nur über dem rechten Augenbrauenbogen eine schmale paraesthetische Zone. Gesicht nach der linken Seite geneigt; ausgesprochene Ptosis, unvollkommene Lähmung des M. rectus internus, superior, inferior und des Obliquus inferior; die Bewegungen nach oben und unten sind weniger beschränkt; M. rectus extern. und Obliquus super. sind intact; entsprechend gekreuzte Doppelbilder mit Zunahme der Höhendifferenz und Schiefstellung beim Blick nach oben; Pupille mittelweit, reagirt gut auf Convergence, schlechter auf Lichteinfall. Sehschärfe beiderseits = 1, Accommodation normal, ebenso ophthalmoskopischer Befund. Lues auszuschliessen, Urin frei von Eiweiss und Zucker. Ordination: Jodkali und Diaphorese. Nach 14 Tagen nur noch ganz peripher links Diplopie, rechte Pupille noch etwas weiter als linke und gleich reagirend. Nach 3 Wochen Heilung. — Lähmungen im Gefolge von M. sind äusserst selten, Accommodationslähmungen oder Ophthalmoplegia externa danach hat Autor in der Litteratur überhaupt nicht gefunden. Eine Erklärung für sie lässt sich nur in Analogie der bei Diphtherie und andern Infectiouskrankheiten vorkommenden Lähmungen geben. Wenn es auch noch nicht gelungen ist, den specifischen Erreger für M. zu finden, so darf doch wohl sicherlich ein Mikroorganismus als solcher angesehen werden, der durch

seine Stoffwechselproducte entzündungserregend auf die Nervensubstanz wirkt.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 20.)

- Ueber Coincidenz von M. und Pemphigus lässt sich Prof. H. Leo (Bonn, Univers.-Poliklinik) aus. Im Jahre 1874 beschrieb Steiner eine Masernepidemie, von der 4 Geschwister befallen wurden, und die dadurch ausgezeichnet war, dass bei den Kindern theils nach Eruption des charakteristischen Masernexanthems, theils gleichzeitig, theils einige Stunden vor demselben sich ein blasenförmiger Ausschlag zeigte. Die Blasen waren erbsen- bis haselnussgross und prall gefüllt mit einer Anfangs klaren Flüssigkeit, hatten also den Charakter von Pemphigusblasen. Steiner meinte, es handle sich um eine abnorme Exsudationsäusserung der M. (M. bullosi s. pemphigoidei). Aehnliche Beobachtungen publicirten ferner Klüpfel und Löschner, endlich Henoch. Letzterer sah bei einem 4jährigen Mädchen sich im Anschluss an Masern, und zwar am 3. Tage nach der Eruption des Masernexanthems, unter Fortbestehen des Fiebers einen pemphigusartigen Ausschlag entwickeln; die Blasen waren sehr zahlreich, sie bedeckten fast den ganzen Körper und waren theilweise von sehr beträchtlicher Grösse; am 8. Tage der Krankheit ging das Kind an Pneumonie zu Grunde. Henoch ist nicht der Ansicht Steiner's, glaubt vielmehr an eine Combination von M. und acutem Pemphigus; seine Gründe sind zum Theil stichhaltig, zum Theil nicht recht beweiskräftig. Zunächst meint er, dass der Umstand, dass in den Fällen Klüpfel und Steiner Geschwister befallen wurden, „beweist, dass eine Uebertragung stattgefunden hat; und dies ist mit der Annahme einer anormalen Exsudationsäusserung nicht vereinbar; es wäre dabei nicht erklärbar, warum gerade diese Kinder sämmtlich von derselben anormalen Morbillenform befallen worden sind“. Nach Leo ist diese Annahme doch so undenkbar nicht. Weiter hebt Henoch hervor, dass die Blasen nicht nur an Stellen auftraten, wo ausgesprochene Morbilleneruptionen, also Roseola vorhanden waren, sondern auch zwischen den Flecken auf ganz unversehrter Haut. Das erklärt sich nun aber vielleicht auch so, dass die Blasen so schnell zur F.

thematöse Vorstufe sich der Beobachtung entzog. Dagegen spricht der Umstand, dass die Blasen noch längere Zeit (bis zu 13 Tagen) nach dem Verblassen der Roseola auftraten, zweifellos für die Henoch'sche Ansicht, wenn auch immerhin uns die Natur des Maserngiftes noch nicht hinlänglich bekannt und die Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist, dass es auch nach 1—2 Wochen noch seine Wirksamkeit entfalten könnte. Beweiskräftig ist eigentlich nur die Thatsache, dass in dem einen Steiner'schen Falle nach schweren Masernprodromen die Blasen schon vor Eruption der Roseola aufschossen; und auch da muss man noch hinzufügen, dass noch am gleichen Tage das Masernexanthem sichtbar wurde, dass also auch hier das anormale Exanthem so rasch sich entwickelt haben könnte, dass man die vorangegangene Roseola vielleicht übersehen hatte. Leo hat nun folgende Fälle beobachtet: 4 Geschwister im Alter von 8—2 $\frac{1}{2}$  Jahren hatten im Februar 1897 bereits einmal Masern überstanden. Am 17./X. 97 zeigte sich zuerst bei der 2 $\frac{1}{2}$ jährigen Sophie, die bis dahin ganz gesund gewesen und auch zur Zeit keine weiteren Krankheitserscheinungen darbot, an der Nasenwurzel eine mit klarem Inhalt gefüllte, pralle Blase. Dieselbe platzte am folgenden Tage, und es bildete sich an ihrer Stelle eine geröthete, mit Borken umrandete Stelle. Da diese Fläche nicht ordentlich verheilte, brachte die Mutter die Pat. am 20./X. in die Poliklinik. Man nahm hier an, dass es sich um eine Brandblase gehandelt habe, und verordnete Salicylpulver. Einige Tage darauf stellten sich Husten, Appetitlosigkeit und Conjunctivitis ein, das Gleiche war der Fall bei dem 4 $\frac{1}{2}$ jährigen Franz. Nachdem diese Erscheinungen 4 Tage gedauert, trat bei beiden Kindern zu gleicher Zeit deutliches Masernexanthem auf. Das Fieber dauerte 3 Tage, danach blasste jenes ab; das Residuum der erwähnten Blase war noch geröthet und mit Borken versehen. Noch während des Fiebers zeigten sich bei Sophie ausserdem an verschiedenen anderen Stellen, und zwar im Gesicht, an beiden Backen und Kinn, sowie am Hals, am Rücken und in beiden Schenkelbeugen kleinere und grössere Blasen (einige z. B. von 5 Markstückgrösse) mit erst klarem, dann trübem Inhalt, die dann platzten, sodass mit Borken versehene Geschwüre zurückblieben (jetzt sämmtlich verheilt). Auch bei Franz zeigten sich einige Tage nach Ausbruch der Masernroseolen einige

wasserhelle Blasen von 50 Pfennigstückgrösse an der Stirn, dem Mundwinkel und der Nase; erst 8 Tage später bildete sich bei ihm eine besonders grosse Blase am rechten Daumen aus (auch diese jetzt alle verheilt). Am 4./XI. erschienen bei der 6 $\frac{1}{2}$ -jährigen Katharina, die bis dahin völlig gesund gewesen, kleinere Bläschen, die bald vereiterten, an Nase, Backen, Augen, Kinn und auf der behaarten Kopfhaut; während diese Bläschen keinen ausgesprochenen Pemphiguscharakter hatten, traf das in vollem Maasse zu für eine etwa markstückgrosse Blase am rechten Ellenbogen; zu gleicher Zeit mit dieser Bläscheneruption begannen die charakteristischen Prodromalerscheinungen der Masern, und vom 7.—8./XI. das typische Exanthem; das Fieber stieg zugleich hoch an (über 40°), um sich die folgenden Tage, wo das Kind viel phantasirte, auf annähernd gleicher Höhe zu halten. Am 11./XI. trat eine Eruption von sehr zahlreichen Blasen von Linsen- bis Markstückgrösse auf Brust und Bauch auf. Nachdem das Fieber, das nach der Eruption der Roseolen noch 6 Tage gedauert, zurückgegangen war, stellte sich subjectives Wohlbefinden ein, und gegenwärtig (2./XII.) befindet sich auch dies Kind in der Reconvalescenzen; die Residuen der Blasen sind noch deutlich sichtbar. — Hier scheint es sich in der That um eine Coincidenz der 2 verschiedenen Affectionen gehandelt zu haben; dafür spricht schon der Ausbruch des Pemphigusexanthems bei 2 Pat. mehrere Tage vor der Masernroseola. Von den 8 publicirten Fällen sind 3 tödtlich verlaufen (stets Pneumonie), also die Prognose ist nicht sehr günstig. Es scheint, dass die Intensität eine recht verschiedene sein kann. Auch aus obigen Fällen ging das hervor, da bei dem Knaben das Befinden sehr wenig beeinflusst wurde, bei den beiden Mädchen aber das Leiden zeitweilig einen äusserst bedrohlichen Charakter annahm.

(Jahrbuch f. Kinderheilkunde 1898 Bd. 47 Heft 1.)

**Nephritis.** Ueber einen 2 Jahre lang beobachteten abnorm günstig verlaufenden Fall von N. parenchymatosa chronica bringt Strauss (Berlin, III. medicin. Klinik) folgende Mittheilung. Ein 21jähriger Mann wurde am

12./XII. 95 mit den typischen Erscheinungen einer schweren N. parenchymatosa aufgenommen, mit Oedemen des Gesichts, des Scrotums, des Präputiums und der Beine, sowie Ascites und doppelseitigem Hydrothorax; Urin vermindert, trübe, hämorrhagisch mit Albumen, Cylindern, Leukocyten, rothen Blutkörperchen, Epithelien. Der Zustand hatte sich an eine Halsaffection ohne Exanthem angeschlossen. Es trat nun während eines halben Jahres keine wesentliche Aenderung ein, Pat. bot das Bild der chronischen Urämie, der Ascites musste 5 Mal punctirt werden, im Ganzen wurden 45 Liter einer opalescenten, seifenwasserähnlichen Flüssigkeit entfernt (solches seifenwasserartiges Opalesciren hat Autor sowohl in der Ascites-, als in der Pleuraflüssigkeit, andeutungsweise auch im Oedemwasser und im Serum des Venaesectionblutes wiederholt bei parenchymatöser N. beobachtet). Nach der letzten Punction, welcher eine acute Uraemie (3 Krampfanfälle) vorausgegangen war, trat relativ rasch, d. h. innerhalb weniger Wochen ein völliger Umschwung des Bildes ein. Die Urinmenge schwankte von jetzt ab zwischen 2—3 Liter, der Urin wurde hell und klar, verlor seinen hämorrhagischen Charakter, die morphotischen Elemente wurden spärlich, der Eiweissgehalt sank auf  $\frac{1}{4}$ —1%. Im Mai 1897 wurde Pat. als Wärter in der Charité angestellt und erfuhr trotz des anstrengenden Dienstes keine Verschlimmerung. Auch jetzt befindet sich noch der Spitzenstoss in der linken Mammillarlinie und die Arter. radialis zeigt keine Erhöhung der Spannung; es muss also, da eine secundäre Schrumpfniere nach dem Urinbefund bei dem Pat. anzunehmen ist, die Compensation bisher von dem noch restirenden, functionskräftigen Parenchym der Niere selbst geleistet werden. Pat. hat fast 1 Jahr lang Bettruhe eingehalten und fast ausschliesslich von Milch und Vegetabilien gelebt (die Wichtigkeit dieses Regimes auf den erkrankten uropoetischen Apparat zeigte ein Fall von Nephro-Pyelitis calculosa sehr ausgeprägt, indem hier der Urin 3—5 Stunden nach der Fleischaufnahme stets ein Leukocytsediment enthielt, am übrigen Tage aber nicht).

(Hufeland'sche Gesellschaft 4./XI. 97. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 18.)

**Pneumonie.** Eine spezifische Therapie der croupösen P. glaubt Dr. R. Liegel (Leoben-Seegraben) gefunden zu haben. Sie hat sich in sämtlichen damit behandelten 72 Fällen glänzend bewährt, und war die Mortalität trotz vieler erschwerender Umstände (hohes Alter, Anthrakosis, Arteriosklerose, Potatorium etc.) = 0, während die früheren auf andere Weise (*Digitalis*, *Pilocarpin*, indifferent) behandelten Fälle sehr hohe Mortalität aufwiesen. Bei den jetzigen Fällen gab es nie eine Krisis; die Temperatur fiel vom Ende des 1. Tages an in der Regel staffelförmig bis zum Ende des 3. Tages zur Norm herab (seltener 4.—5. Tag), auch wenn die Initialerscheinungen noch so stürmisch gewesen, gleichzeitig machte das pneumonische Sputum einem einfach katarrhalischen Platz, ähnlich verhielt es sich mit den übrigen Symptomen, und auch die öfters nachgewiesenen Pneumonie-Diplokokken wurden immer seltener und verschwanden am 3.—4. Tage vollständig. Experimenti causa setzte Autor einige Male zu dieser Zeit die Therapie aus; da begann sofort unter plötzlichem Schüttelfrost, neuem pneumonischem Auswurf etc. ein typisches Recidiv, das durch sofortige Wiederaufnahme der Behandlung in 2 Tagen beseitigt wurde. Um solchen Recidiven vorzubeugen, gab Autor seine Medication noch 1—2 Tage nach Entfieberung weiter. Die Medication besteht nun in grossen Dosen (8 gr pro die) von *Natr. salicyl.* in folgender Form:

Rp.

*Natr. salicyl.* 8,0  
*Aq. Menth. pip.* 50,0  
*Aq. font.* 200,0  
*Tinct. amar.* 5,0.

D. S. Innerhalb 24 Stunden zu verbrauchen.

Jeden Tag wurde der Abwechselung halber eine andere Tinctur (z. B. *stomachica*) gegeben. Sonstige Therapie: Solange die Temp. über 39,5°: Eisumschläge auf den Kopf, bei heftigen Schmerzen oder quälendem Hustenreiz: *Morphium* (mehrmals täglich in Pulverform 0,005, bei ungenügender Expectoration: *Ipecacuanhainfus.* Nie unangenehme Nebenwirkungen trotz erschwerender Nebenumstände (2 Pat. über 70 Jahre alt, 7 zwischen 60—70 Jahren, 12 zwischen 50—60, 17 zwischen 40 bis 50 Jahren, Pat. meist Bergarbeiter, also meist Anthrakosis, 6 Pat. mit Herzfehler, 8 mit Lungenemphysem, 2 Mal



beides combinirt, 2 mit Arteriosklerose). In allen Fällen (ohne den geringsten Nachtheil) starke Schweisseruption, die wohl durch Eliminirung der bakteriell-toxischen Stoffwechselproducte ihren Theil an den Erfolgen beitrug. Ausserdem bewirkt Salicyl jedenfalls auch eine vermehrte Secretionsthätigkeit der die Luftwege auskleidenden Schleimhäute, wodurch die croupösen Entzündungsproducte leichter abgestossen werden, und endlich scheidet sich Salicyl daselbst aus (Autor wies es im Sputum nach) und scheint einen specifischen Einfluss auszuüben.

(Wiener medic. Wochenschrift 1898 No. 19.)

- An einer postpneumonischen Strumitis erkrankte, wie B. Honsell (Tübingen, chirurg. Klinik) mittheilt, eine 29jährige Frau kurz nach überstandener P. Der Kropf nahm rasch an Grösse zu, man musste incidiren. Im Eiter waren Pneumokokken in Reincultur nachweisbar.

(Beiträge zur klin. Chirurgie 1898 Bd. 20 Heft 3.)

### **Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Künstliche**

**Frühgeburt durch Uterustamponade mittelst glycerin-getränkter Jodoformgaze** empfiehlt Dr. Wienskowitz (Löbau). Jüngst berichtete Frank über 6 Fälle, in denen er durch Jodoformgasetamponade der Cervix die Frühgeburt mit promptem Erfolge einleitete. Er hakte die Portio an, schob Jodoformgaze in die Cervix bis zum inneren Muttermund und legte etwas Jodoformgaze vor die Cervix. Nach 24 Stunden Entfernung derselben und abermalige Tamponade, aber über den inneren Muttermund hinauf; es wurde nur der unterste Theil der Corpushöhle ausgestopft und dadurch eine Ablösung des unteren Eipols bewirkt. In sämmtlichen Fällen wurde im Verlauf von 24—74 Stunden der Corpusinhalt spontan ausgestossen, ohne dass vorzeitiger Blasensprung erfolgte oder sonst der Mechanismus irgendwie gestört wurde. — In einem Falle nun, wo künstliche Frühgeburt wegen Beckenenge und Wunsch nach einem lebenden Kinde indicirt war, beschloss Autor eine ihm noch einfacher erscheinende Modification jener Methode anzuwenden, sich auch promptere Wirkung versprechend. Er combinirte die mechanisch wirkende Jodoformgasetamponade

mit der wasserentziehenden Kraft des Glycerins, und nahm die Tamponade nicht in 2 Tempos vor, sondern stopfte in einer Sitzung Cervix und unteres Uterinsegment aus. Die durch Vollbäder und Scheidenirrigationen vorbereitete Frau wurde (am Ende der 34. Schwangerschaftswoche) in Steissrückenlage gebracht und die Portio angehakt. Ein Jodoformgazestreifen in mehrfacher Lage, von ca. 1 cm Breite und 75 cm Länge ward an seinem oberen Ende auf eine Ausdehnung von ca. 15 cm in steriles, in einem weiten Reagensröhrchen befindliches Glycerin getaucht, sodass nur etwa 15 cm davon von dem Docht aufgesaugt wurden. Das vordere Glycerinende des letzteren wurde nun mit der geraden Schröder'schen Polypenzange gefasst, in die Cervix eingeführt und von dem Streifen so viel nachgestopft, als bequem in die Cervix und den unteren Corpusabschnitt hineinging; zuletzt Bedeckung der Cervix mit einem Jodoformgazebausch. 5 Stunden später Wehen. 3 Stunden darauf Muttermund 5 Markstückgross, 10 Stunden später vollständig eröffnet, Jodoformgaze ausgestossen. Da aber der Kopf beweglich über dem Eingange blieb und trotz stürmischer Wehen sich dem Becken nicht adaptirte, leicht Wendung und Extraction. Lebendes Kind (2000 gr), in den ersten Tagen mit Muttermilch, dann mit Kuhmilch genährt. Gedeiht recht gut. Wochenbett normal. — Autor empfiehlt warm die Methode, die, bei der geringen Menge von Glycerin, gefahrlos ist und sicherer, milder und rascher wirkt, als alle übrigen Methoden.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1898 No. 6.)

- In einem Falle von **Pruritus vulvae in graviditate**, den Fieux behandelte, hörte das Leiden, das vorher allen Mitteln widerstanden, gleich nach der ersten Sitzung auf, in der das Ruge'sche Verfahren angewandt wurde, d. h. erst die Vulva, dann die Vagina und Cervix gründlich geseift und gebürstet und dann noch mit dem Finger unter beständiger Sublimatberieselung gereinigt wurden.

(Gaz. hebdom. 1898 No. 10. — Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 19.)

- **Schwangerschaft nach überstandener Nephrektomie** wird vielfach als Indication für künstliche Frühgeburt

angesehen. Jüngst theilte aber Troynam einige günstig bis zu Ende verlaufene Fälle mit und jetzt publicirt auch Purslow einen Fall, wo eine Gravida, der früher wegen Pyonephrose die linke Niere exstirpirt war, obwohl in der Gravidität sich stets Spuren von Albumen vorfanden, jene doch ohne Zwischenfall durchmachte.

(British med. journ., 26./III. 98. — Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 19.)

- **Congenitale Einrisse an der Cervix uteri** scheinen nicht selten zu sein. Dr. K. Heil (Darmstadt) fand sie kurz nach einander unter 15 Nulliparen 3 Mal. In allen 3 Fällen war das Os externum deutlich querspaltförmig und setzte sich in eine Einkerbung an der linken Seite der Cervix fort. Solche kleine Einkerbungen bei zweifellos nulliparen Individuen, wie man sie sonst nur nach vorausgegangener Geburt, allerdings meist wohl beiderseitig oder in mehrfacher Anzahl zu finden gewohnt ist, können natürlich in der alltäglichen, namentlich aber forensischen Praxis sehr bedeutungsvoll werden, besonders in Fällen, in denen es sich darum handelt, ob eine angeblich zum 1. Male Schwangere nicht schon einmal geboren hat, und in Hinblick auf die Frage überhaupt, in wie weit Einrisse, besonders einseitige, an der Portio vaginalis für die Diagnose einer vorausgegangenen Entbindung verwerthet werden können. Bei Casper-Liman heisst es: „Mit Sicherheit aber kann man auf einen grösseren Körper schliessen, der sich durch den Gebärmuttermund gepresst hat, wenn man einen oder mehrere Einrisse (Einkerbungen) in den Lippen fühlt“, und Landau und Abel sagen: „Der äussere Muttermund stellt im jungfräulichen Zustand eine kreisrunde Oeffnung dar, bei einer Frau, die geboren hat, einen queren Spalt.“ Diese Regeln haben also Ausnahmen! Man muss wohl annehmen, dass jene Risse congenital sind, da sonstige Entstehungsursachen sich absolut nicht eruiren liessen.

(Centralblatt f. Gynäkologie 1898 No. 19.)

- Ueber eine **Facialisparese nach Spontangeburt** macht Dr. Ludwig Mittheilung. Derartige Fälle wurden bereits vereinzelt beschrieben. Sie haben stets bezüglich Bestimmung der Aetiologie und der Localisation der Läsion grosse Schwierigkeiten bereitet. Am inter-

essantesten ist ein Fall von Schütze, bei welchem es sich um eine Facialislähmung mit durch die Section entdecktem corticalem Ursprunge handelte; es fand sich nämlich ein grosser Bluterguss an der Schädelbasis, der über die Convexität der Hemisphäre hinaufreichte. In Ludwig's Falle nun handelte es sich um ein Kind von 2750 gr Gewicht und folgenden Kopfmaassen: Bip. 10, Bit. 9, P. 36. Der Kopf war, nachdem er in Vorderscheitelbeinstellung erster Position ca. 20 Stunden auf dem Beckeneingange gestanden, rasch unter sehr kräftigen Wehen herabgebracht, er hatte dabei die Conjugata von 8,5 cm des allgemein verengten platten rhachitischen Beckens zu passiren gehabt. Man sah am Schädel einen 3 cm langen, 2 cm breiten, knapp hinter der Coronarnaht liegenden und an der Sagittalnaht beginnenden löffelförmigen Eindruck des linken Scheitelbeines und genau in der Mitte der linken Sutura coronaria eine bläulich verfärbte, die Haut allein betreffende Druckmarke. Rechter Facialis gelähmt; am stärksten betroffen der untere Ast; es besteht nur ein mässiger Lagophthalmus, und am schwächsten afficirt ist der Stirnast. Uvula genau median. Nach 3 Tagen Lähmung bis auf ganz geringen Schiefstand des Mundes verschwunden, nach 5 Tagen vollkommen weg. — Bei dem Umstande, dass es sich um eine isolirte Facialislähmung handelte, Hypoglossus und Extremitäten frei waren, lag der Gedanke nahe, dass die Lähmung peripheren Ursprunges sei. Für diese Annahme blieb ja nur die sehr gezwungene Erklärung, dass es durch die Vorderscheitelbeinstellung zu einer Zerrung der Nerven, vielleicht zu einer kleinen Haematombildung am Foramen stylomastoideum gekommen war; bisher ist aber kein Fall bekannt, bei dem es im Anschluss an eine Vorderscheitelbeinstellung zu einer Facialisparese gekommen wäre. Zieht man eine intracranielle Ursache in Erwägung, so konnte dieselbe nur corticale Localisation besitzen (s. Fall von Schütze). Autor hält es für wahrscheinlich, dass es zu einer rasch vorübergehenden corticalen Läsion unter dem löffelförmigen Eindrucke, entweder bloss zur Quetschung des Gehirns oder zu einer kleinen Haemorrhagie gekommen ist, die gerade das Facialiscentrum betraf.

(Geburtshilf.-Gynäkolog. Gesellschaft in Wien, 15./II. 98. —  
(Wiener klin. Wochenschrift 1898 No. 18.)

- Ueber Chinin als Ersatz für *Secale cornutum* liess sich Mackness aus. Die Nachtheile des *Secale cornutum*, wie seine wechselnde Zusammensetzung, das Erzeugen von Krampfwehen und die Schwierigkeit der Einverleibung sowohl subcutan, als per os kommen dem Chinin nicht zu. Man gebe letzteres hauptsächlich bei reiner Inertia uteri; es giebt dem erschöpften Uterusmuskel frische Kräfte. Autor giebt Chinin sulfur. (in Pillen) zu 0,48 auf einmal; selten ist es nöthig, nach 1 Stunde nochmals 0,24 zu reichen. Bei Blutungen während der Geburt ist Chinin ebenfalls dem *Secale* vorzuziehen, da es regelmässige Wehen auslöst; bei den Blutungen der Nachgeburtsperiode, ebenso bei drohenden Aborten (mit Blutungen ohne Wehen) gebe man lieber *Secale*, dessen hämostatische Wirkung erwünscht ist, desgleichen bei Subinvolutio uteri.

(Geburtshilf. Gesellschaft in Edinburg, 9. III. 98. —  
Centralblatt f. Gynäkologie 1898 No. 19.)

- Ueber die Ursachen der localen Gewebsinfiltration nach Ergotinjectionen macht Dr. A. Müller (München) eine bemerkenswerthe Mittheilung. Trotz aller anti- oder aseptischen Vorsichtsmaassregeln nämlich bilden sich nach subcutanen Ergotinjectionen oft thalergrosse harte, meist scheibenförmige Infiltrate im Unterhautzellgewebe, die für den Pat. sehr schmerzhaft, für manchen jungen Collegen aber eine unnöthige Sorge sind, indem diese post partum in die seitliche Bauchgegend gemachte Injection vergessen oder ihre Wirkung nicht gekannt wird, sodass die schmerzhaften Infiltrate als tiefer gehende Entzündung, Parametritis imponiren, wie Autor mehrfach erfuhr. Auch er hielt stets eine mangelhafte Antisepsis oder ein schlechtes Präparat, obwohl auch bei grösster Vorsicht und besten Präparaten solche Infiltrate vorkommen, für die Ursache, bis ein 1895 vorgekommener Fall ihn auf den richtigen Weg wies. Er hatte bei tiefem Querstand und völligem Wehenmangel auf Indication von Seiten des Kindes durch einen Collegen die Zange anlegen lassen und prophylaktisch gegen die in Folge der Wehenschwäche gefürchteten Blutungen Ergotinjectionen angeordnet; es waren solche, da es später dennoch blutete, im Ganzen 3 mit Extract. fluid. Secal. corn. Kuhlmanni in die Bauchdecken ausgeführt worden. Nach einigen Tagen

meldete der College, es seien an Stelle der Injectionen grosse harte Stellen aufgetreten. Autor hielt die Erscheinung für die häufige geringfügige Infiltration und besuchte die Pat. erst, als ihm neuerdings mitgeteilt wurde, die harten Knoten würden nicht kleiner und aus dem einen entleere sich eine wässrige, dünne, klare Flüssigkeit. Befund am 12. Tage post partum: Frau mit aussergewöhnlicher Adipositas (Fettschicht der Bauchhaut über 12 cm!). In dieser Schicht rechts seitlich sowohl unterhalb, wie oberhalb des Nabels eine faustgrosse, hervorgewölbte, kugelige, nicht schmerzhaft Infiltration und eine gleiche links oberhalb des Nabels. Alle, ausser der oberen rechten, mit normaler Haut bedeckt. Auf der Mitte der oberen rechten Geschwulst eine Oeffnung vom Durchmesser eines Stecknadelkopfes, aus der helle seröse Flüssigkeit ausfloss; drückte man auf die Geschwulst, so drang mit Geräusch Luft aus derselben aus, beim Nachlassen ebenso pfeifend wieder ein. Obwohl Eiter oder Entzündungserscheinungen nicht vorhanden, glaubte Autor doch, da er in dem linksseitigen Tumor ausgedehnte, im rechten unteren in kleinem Bezirke Fluctuation fühlte, Abscesse vor sich zu haben und incidirte. Aus dem linken grossen Tumor entleerte sich eine mittelgrosse Tasse klarer weisser Flüssigkeit, welche alsbald erstarrte — reines Fett; zum Schluss kam ein Klümpchen rostfarbenen Gewebes, das restirende, bindegewebige Gerüst. Der rechte untere Tumor entleerte nur ca. 2 Esslöffel Fett und zeigte dickere, gräuliche, infiltrirte Wandungen. — Es handelte sich also offenbar um locale aseptische Fettnekrose. In Folge der specifischen directen Wirkung des Ergotins auf die Gefässe der Umgebung der Injectionstellen, war — begünstigt durch die Dicke der Fettschicht mit ihren spärlichen Gefässen — ein Gefässkrampf der zunächst betroffenen Gefässe eingetreten, welche zur Nekrose führte. Da auch sonst bei diesen Infiltraten nie Abscessbildung beobachtet wird, jene vielmehr nach einigen Tagen verschwinden, so kann man wohl annehmen, dass auch da eine Infection nicht die Ursache ist, sondern eine ebensolche locale directe Wirkung des Ergotins auf die im Bereiche der Injection liegen-

den Gefässe, wie hier, wo der Process allerdings bis zur Einschmelzung des Gewebes gedieh. Da freilich nekrotisches Gewebe für Infectionen besonders disponirt ist, so ist besonders bei Ergotinjectionen strenge Asepsis gewiss am Platze. Man muss aber auch jene locale Ergotinwirkung möglichst zu verhindern suchen, welche ja auch durch Sistirung der Circulation in dem injicirten Bezirke die Aufnahme des Mittels in das Blut und somit die gewünschte Fernwirkung erschwert. Dies erreicht man am besten, wenn auch nicht immer vollkommen, nach der von F. v. Winckel empfohlenen Methode der Injection. Man hebt am Abdomen mit der linken Hand zwischen Zeige- und Mittelfinger einerseits und dem Daumen andererseits eine etwa 6 cm hohe Falte auf, bestehend aus Haut- und Fettgewebe, und sticht die Canüle senkrecht, bis an die Basis, zwischen die Hautblätter der Falte. Bei mageren Personen versichert man sich durch die leichte Beweglichkeit der Canüle nach allen Seiten, und der Faltenblätter gegen einander, dass man nicht in ein Blatt der Cutis, sondern zwischen dieselben gelangt ist. Nun injicirt man unter Bewegungen der Canüle nach allen Seiten den Inhalt der Spritze und verreibt nach Entfernung der Canüle die injicirte Masse durch Reiben der Faltenblätter gegen einander und durch Massiren der Umgebung auf eine möglichst grosse Fläche.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 19.)

- Ueber einen Fall von 18jährigem Lithopädion mit theilweiser Ausstossung desselben nach spontanem Durchbruch in den Mastdarm macht Dr. A. Niewerth (Schlodien) Mittheilung. Derselbe wurde Ende November 1896 zu einer Arbeiterfrau gerufen und fand eine stark anämische, schwächliche Frau im Alter von 47 Jahren, im Bette liegend und über starke Schmerzen im Leibe, Urinbeschwerden und Druck auf den Mastdarm klagend; Temp. 38,3°, Allgemeinbefinden leidlich, Appetit gering. Abdomen hart, nur wenig eindrückbar; sehr deutlich grössere Resistenz in der linken Unterbauchgegend, doch nirgends auf Druck Schmerz. Die Anamnese ergab, dass der Leib seit 18 Jahren derartig hart und gross geworden sei; Pat. sei damals das 1. Mal schwanger gewesen; die Periode sei zwar nicht ganz ausgeblieben, doch ganz schwach geworden, auch seien Kinds-

bewegungen vorhanden gewesen: etwa im 9. Monat der Schwangerschaft hätten sich schwache Wehen eingestellt, Fruchtwasser sei nicht abgeflossen, doch sei eine blutige Haut von ihr abgegangen und die Kindsbewegungen hätten bald aufgehört. Pat. sollte in die Klinik, that das aber nicht, weil sie sich wohl fühlte und arbeiten konnte. Die Periode war seitdem immer regelmässig eingetreten, Gravidität nicht mehr. Pat. trug ihre Geschwulst 18 Jahre lang ohne alle Beschwerden, bis sich letztere eben jetzt einfanden. Autor schickte die Pat. in die Klinik nach Königsberg, wo nach 3wöchentlicher Behandlung mit Bettruhe und Kataplasmen die Beschwerden ganz zurückgingen, sodass man von einer Operation absah (es wurde dort folgender Befund erhoben: Abdomen ziemlich stark vorgetrieben durch einen anscheinend aus dem kleinen Becken aufsteigenden, ganz harten, unbeweglichen Tumor mit glatter Oberfläche, dessen ziemlich breite Kuppe einen Finger breit unterhalb des Nabels steht. Nach der linken Seite bleibt der Tumor von der Spina ossis ilei anter. super. gut einen Finger breit, an der rechten Seite 3 Finger breit entfernt. Der Tumor ist mässig stark druckempfindlich. Der obere Theil des Abdomens ist frei. Introitus und Vagina mässig weit, Portio kaum angedeutet, Muttermund links, grubchenförmig. Rings herum fühlt sich das ganze Scheidengewölbe hart an; es ruht auf demselben das harte untere Ende des von aussen gefühlten Tumors, das sich fast zur Beckenweite herunter erstreckt und vollkommen unbeweglich ist. Beckeneingang vollkommen ausgefüllt; der Uterus scheint vor dem Tumor zu liegen, ist aber nicht mit Sicherheit abzugrenzen. Die Sonde lässt sich in den Muttermund nach vorn gut 7 cm einführen). Nach Hause zurückgekehrt, ging es der Pat. in der ersten Zeit ganz gut, sie war vollkommen schmerzfrei. Im März stellten sich die alten Beschwerden wieder ein. Pat. wollte nicht in die Klinik. Aber die Schmerzen im Leib wurden immer stärker, hauptsächlich wurde über Brennen und Druck auf den Mastdarm geklagt. Fieber nur in geringem Grade. Untersuchung per anum ergab keinerlei Veränderung an demselben. Appetit und Schlaf wurden immer schlechter, Pat. kam stark herunter, sie konnte nicht auf dem Rücken liegen, nicht sitzen, nicht stehen, nur Seitenlage war einigermaassen erträglich. Nach längerer



Pause sah Autor die Pat. in diesem Zustande wieder (5./VII. 97), und da neben den Schmerzen über Stuhlverstopfung seit 10 Tagen geklagt wurde, untersuchte er per anum und fand in der vorderen Mastdarmwand in der Längsrichtung einen ca. handbreiten Riss, gleich über dem Sphincter beginnend. In diesen Riss war vom hinteren Douglas aus ein Knochen (Scheitelbein) eingetreten und hatte sich in die hintere Mastdarmwand eingebohrt, sodass die Kothpassage vollständig gesperrt war. Mit Mühe gelang es, den Knochen mit dem Finger zu entfernen, nach vergeblichen Versuchen mit der Kornzange im Speculum. In rechter Seitenlage der Pat. entfernte dann Autor 2 Stunden lang mühsam die Knochen, die sich mit den Fingern erreichen liessen, durch den Riss, sämtliche Knochen des Schädeldaches, ein Felsenbein und einen Oberarm, wobei öfters, da durch die scharfen Ränder leichte Schleimhautverletzungen stattfanden, der Mastdarm mit dünner Solveollösung ausgespült wurde. Knochen, die sich nicht leicht aus dem Zusammenhang lösen liessen, liess er zurück, um nicht bei heftiger Gewalt grössere Zerreibungen des abgekapselten Fruchtsackes zu veranlassen. Die Frau schlief, frei von Schmerzen, die Nacht sehr gut, auch stellte sich Appetit ein. Am Tage darauf mässiger Schüttelfrost, massenhafte Stuhlgänge (neben Kothballen eine Unmenge körnig krümeligen Detritus und Kalkplättchen). 3 Mal täglich Mastdarmspülungen. Pat. erholte sich gut, verrichtete leichtere Arbeit. Noch wiederholt Abgang von Knochen, Rippen, Schädeltheilen, Wirbelkörpern, Unterkiefer, Darmbeinkamm u. s. w. Seit November ist nichts mehr abgegangen, also ein gewisser Abschluss erreicht. Frau jetzt (Anfang Februar) frei von Beschwerden, Riss im Mastdarm bis auf 2 Finger breit verheilt, Umfang des Abdomens bedeutend geringer, überall viel weicher, nur in der linken Unterbauchgegend noch fester, harter Theil fühlbar (Steiss?). Man muss abwarten. Grund zur Operation liegt nicht vor, da Peritonitis oder Verjauchung des Sackes, nachdem der Verlauf jetzt mehrere Monate günstig, wohl ausgeschlossen erscheinen und anzunehmen ist, dass die Reste nach allmäliger Lockerung durch den noch offenen Riss sich spontan ausstossen werden.

**Sepsis.** Einen interessanten Fall von kryptogenetischer S. theilt Dr. F. Spaet (Ansbach) mit. Pat. war ein 53jähriger Mann von mittlerer Körperconstitution und gutem Ernährungszustande. Er führte stets ein sehr geregeltes, mässiges Leben. Vor mehreren Jahren überstand er eine schwere Pleuropneumonie, vor 2 Jahren eine schwere katarrhalische Pneumonie. Nach dieser Zeit fühlte er sich ziemlich wohl, mit Ausnahme mehrmaliger leichter katarrhalischer Affectionen des Kehlkopfes und der Bronchien, zu welchen es besondere Neigung zeigte. In den letzten Wochen wurde Seitens der Angehörigen bei ihm ikterische Färbung der Haut und namentlich der Conjunctiva von wechselnder Intensität wahrgenommen, Pat. fühlte sich aber ganz wohl dabei und konnte seinem Beruf als Lehrer nachgehen. Da erkrankte er plötzlich in der Nacht vom 13./14. IX. mit heftigen Leibschmerzen und Brechneigung. Am 14./IX. Morgens noch Leibschmerz, Leib weich, nirgends besonders schmerzhaft, druckempfindliche Stelle, Herz und Lungen normal, Temperatur afebril, Puls 90, voll, gespannt. Auf feuchte Einwicklung Nachlass der Leibschmerzen und Wiederkehr ziemlich normalen Subjectivbefindens. Abends 8 Uhr unvermittelter Eintritt äusserst heftigen Schüttelfrostes mit Temperatursteigerung bis  $40,5^{\circ}$  C., Kopfschmerzen und schwerem allgemeinem Krankheitsgefühl. Nach etwa  $\frac{1}{2}$  Stunde Nachlass der Erscheinungen unter starkem Schweissausbruch, Temperaturrückgang ohne Antipyreticum. Nacht ziemlich gut. Am Morgen des 2. Tages neuerdings heftiger Schüttelfrost, Temp.  $40,0^{\circ}$ ; wie Abends zuvor Besserung des Zustandes unter Schweissausbruch. Temp. Nachmittags  $37,5^{\circ}$  ohne Medicament, Subjectivbefinden mit Ausnahme von Abgeschlagenheit fast normal; Herz und Lungen normal, Milz bedeutend vergrössert, Haut leicht ikterisch. Nacht vom 15./16. IX. meist gut, am Morgen des 3. Tages Pat. sogar einige Zeit ausser Bett, machte Toilette etc. Da verschlimmerte sich mit einem Male der Zustand unter Erscheinung äusserst heftiger Kreuzschmerzen und Schmerzen im linken Knie- und Fussgelenk, Temp.  $39,8^{\circ}$ , diesmal ohne Schüttelfrost; äusserlich in den Gelenken nichts Abnormes zu finden, auch im weiteren Verlaufe nicht. Nachlass der Gelenkschmerzen auf Antipyrin, Temp. geht jedoch nicht mehr zur Norm

zurück, sondern bleibt Abends auf 38,5°. Damit musste der Anfangs vorhandene Verdacht auf Intermittens fallen gelassen werden, und am wahrscheinlichsten erschien die Diagnose „Weil'sche Krankheit“. Weiterer Verlauf: Das Fieber hielt sich in sehr mässigen Grenzen (nie über 39°), irregulär wechselnd, Ikterus nahm zu ohne Vergrösserung der Leber oder Schmerz hier resp. in der Gallenblasengegend; Leib weich und schmerzfrei, Herz ohne Veränderung, Puls sehr voll und gespannt (100), auf den Lungen sehr spärliche, feine Rasselgeräusche in den Unterlappen, wechselnd, Appetit wenig, Verstopfung, leichte Delirien ohne Kopfschmerzen, mit längeren, vollkommen freien Intervallen alternirend. Während am Mittag des 5. Krankheitstages der gleiche Zustand wie bisher anhielt, machte sich gegen Abend auffallender Kräfteverfall bemerkbar, Sprache müde, unsicher, rapides Sinken der Herzkraft, an eng umschriebener Stelle leises pericarditisches Rasselgeräusch. Jetzt war es klar, dass schwere septische Allgemeininfection vorlag, freilich unbekannten Ursprungs. Pat. wurde immer apathischer, somnolent und starb am Mittag des 6. Tages unter Erscheinungen der Herzlähmung. Das Sectionsergebniss war ein sehr geringes. Man sah, dass man es nicht mit der Erkrankung eines einzelnen Organes, sondern mit einer Betheiligung sämmtlicher Körperorgane an dem Krankheitsprocesse zu thun hatte; Schwellung der drüsigen Organe vorwiegend in der Form acuter arterieller Hyperämie neben Haemorrhagieen an den serösen Häuten, das war Alles; am Herzen nur eine geringe entzündliche Veränderung, die unmöglich als Primärsitz der Erkrankung so rapid zum Tode hätte führen können, — kurz, die Zeichen einer septischen Infection, deren Ursprungsstätte freilich nicht zu eruiren war; weder eine Verletzung, noch eine alte Drüsenverkäsung, noch andere Krankheitsherde waren zu entdecken; da Pat. öfters an katarrhalischen Affectionen der Tonsillen und des Kehlkopfs litt, konnte hier möglicherweise die Eingangspforte liegen; objectiv liess sich nichts wahrnehmen. Der Krankheitsverlauf mit seiner Rapidität und dem so raschen letalen Ausgang war wohl ausser in der Art des Krankheitsgiftes selbst noch begründet in den schon vorher bestehenden anatomischen Veränderungen

des Herzens, die man fand: vorgeschrittene Atheromatose, vorzüglich der Coronararterien, mit consecutiver Ernährungsstörung des Herzmuskels, sowie fettiger Degeneration dieses Organs, dessen Widerstandskraft daher bald nach der dort gesetzten Affection erlahmte.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 19.)

**Tetanus.** Ueber den heutigen Stand der Therapie des T. traumaticus kommt Dr. A. Heddaeus (Heidelberg, chirurg. Klinik) auf Grund eigener Beobachtungen, eingehender Prüfungen etc. zu folgenden Schlüssen:

1. Das Behring'sche Tetanusantitoxin ist nach den bisherigen Erfahrungen ein zweifellos wirksames Mittel von specifischem Charakter bei der Behandlung des T. traumaticus und verdient in allen Fällen von T. angewandt zu werden. Von Bedeutung ist möglichst frühzeitige Anwendung.
2. Die Localbehandlung, die in möglichster Zerstörung des primären Herdes bestehen soll, darf nicht ausser Acht gelassen werden, weil ihre Vernachlässigung eine permanente Zufuhr von Toxinen und damit eine Beeinträchtigung der Antitoxinwirkung bedingt.
3. Die symptomatische Behandlung mit sedativen Mitteln muss mit der Serumtherapie Hand in Hand gehen, da sie noch wirksam ist, wo letztere versagt.
4. Die bisherigen Methoden der Elimination des Tetanusgiftes aus dem Körper sind ebenfalls nicht zu vernachlässigen.
5. Die Präventivbehandlung verdient weitere Berücksichtigung.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 11—13.)

**Ulcus molle.** Die flache Abtragung des Geschwürs als ideale Behandlungsmethode empfiehlt P. G. Unna (Hamburg). Derselbe, der Entdecker des Streptobacillus als Urheber des U., fand auch, dass bei der grossen Masse der in praxi vorkommenden Ulcera mollia dieser nekrotisirende Streptobacillus eine relativ oberflächliche Lage im Gewebe einnimmt. Ein flach geführter Rasirmesserschnitt, welcher vom Ulcus eine 2 mm dicke Scheibe abträgt, enthält also

stets sämtliche Streptobacillen eines solchen Geschwüres in sich; eine solche Abtragung reinigt das Geschwür vollkommen und wandelt es in eine einfache, rasch heilende Hautwunde um; sie bildet die beste, rascheste und sicherste Behandlung. Nachdem das Geschwür und die Umgebung mit Seife oder Sublimatlösung gereinigt sind, wird ersteres mit Chloraethyl zum Gefrieren gebracht und sodann mit dem Rasirmesser die gefrorene Scheibe, welche gewöhnlich  $2\frac{1}{2}$ —3 mm, also dicker als nöthig ist, glatt abgetragen. Die Schnittfläche wird, um die Blutung zu stillen, mit dem Höllensteinstift überfahren, dann mit Jodoform bestreut und durch einen fingerbreiten Streifen Zinkoxyd-Pflastermull bedeckt, der um das Glied ein- oder besser mehrmals herumgeht und event. zugleich die Vorhaut in richtiger Lage erhält. Nach 24—48 Stunden wird der Verband durch Aufstreuen von etwas Jodoformpulver und einen Zinkpflasterstreifen erneuert, wobei sich zuweilen das Geschwür, falls es sehr klein war, schon geheilt zeigt. Für grössere 2—4malige Erneuerung nöthig! Multiplicität der Geschwüre keine Contraindication! Man vernichtet und trägt ein Geschwür nach dem anderen ab und verbindet sie mit einem gemeinsamen längeren Streifen von Zinkoxyd-Pflastermull. In der Privatpraxis (Jodoformgeruch!) legt Autor auf den mit Höllenstein bestrichenen Geschwürsgrund und die nächste Umgebung Jodoform-Gitterpflastermull,\*) fixirt letzteren mit dem Zinkpflasterstreifen und bedeckt das ganze Glied mit odorisirter Watte,\*) wobei der Jodoformgeruch ganz verschwindet. Ein U. der Urethralmündung und des Frenulums kann aus örtlichen Gründen freilich so nicht behandelt werden, auch ringförmige, einen grösseren Theil der Coronarfurche einnehmende Geschwüre nicht, aber sonst ist die Methode zweifellos allen anderen vorzuziehen.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1898, Bd. 26, No. 6.)

\*) Schwanapothke Hamburg.

## Vermischtes.

---

- Ueber die Verwendbarkeit des neuen Eiweisspräparates „Tropon“ für die Krankenernährung lässt sich Privatdocent Dr. A. Strauss (Berlin, III. medic. Klinik) aus. Das von Finkler auf dem Madrider Congress für Hygiene empfohlene Präparat ist ein aus animalischen Eiweissstoffen von verschiedener Herkunft, sowie aus vegetabilischen Eiweissstoffen hergestelltes (Chem. Fabrik Mülheim a/Rhein) feines, mehlartiges, graubraunes, fast geruch- und geschmackloses Pulver, das 90—97% Eiweiss enthält und sich zunächst durch seine Billigkeit auszeichnet (1 kg Eiweiss kostet in Eucasin M. 11,15, Nutrose M. 20, Pepton Merck M. 21, Pepton Antweiler M. 40, Somatose M. 50, Pepton Kemmerich M. 61, Tropon M. 4). Es wurde bei Leichtkranken und Reconvalescenten, aber auch schwereren Pat. (Stenose des Oesophagus, Darmstenose, Gastritis subacida, Hyperacidität, Ulcus ventriculi, Enteritis) verwandt (theilweise länger als 2 Monate täglich), und zwar in Milch, dicken Suppen, Chokoladen, Cacao, Kartoffel- oder Reisbrei. Es wurde meist gern genommen (besonders in Milch und in Form von Troponchokolade resp. Zwieback) und gut vertragen (1 Esslöffel Tropon in  $\frac{1}{2}$  Liter Milch) und bei 20—60 gr pro die wurden nie Reizerscheinungen des Magendarmcanals bemerkt. Ausnützungsprüfungen hatten ebenfalls günstige Resultate, und kommt Autor zu folgendem Resumé: „Wenn wir unsere Beobachtungen zusammenfassen, so hat sich uns das Tropon als ein den Magen und Darm nicht reizendes, der Resorption leicht zugängliches, auch bei mehrmonatlicher Anwendung in der geeigneten Darreichungsform in der Mehrzahl der Fälle ohne Widerwillen genommenes Eiweisspräparat erwiesen, das wegen seines billigen Preises für die Krankenernährung und in entsprechender Form auch für die Zwecke

der Massenernährung Beachtung verdient. Durch die unschwer durchführbare Darreichung von 40—60 gr Tropon pro die sind wir im Stande, den Stickstoff- und Calorigehalt einer aus irgend welchen Gründen nicht zureichenden Nahrung auf wenig kostspielige Weise zu erhöhen, und zwar in einer Form, welche geeignet ist, speciell den Ansprüchen des Magens und auch des Darmes auf Schonung sowohl nach der mechanischen als nach der chemischen Seite hin in weitgehendem Maasse Rechnung zu tragen.“

(Therap. Monatshefte 1898 No. 5.)

- Zur Frage der Function der Hand bei Versteifung resp. Contractur einzelner Finger schreibt Oberarzt Dr. C. Lauenstein (Hamburg): „Ueber die Thatsache, dass eine Hand, deren Mittelfinger versteift ist, dadurch schwerer in ihrer Gebrauchsfähigkeit geschädigt ist, als wenn der Mittelfinger ganz fehlt, herrscht unter den Sachverständigen keine Meinungsverschiedenheit. Meist wird aber bei der Begründung dieser Thatsache mehr hingewiesen auf den Umstand, dass der versteifte Finger bei dem Gebrauche der Hand immer im Wege sei, als auf die mindestens ebenso wichtige Thatsache, dass durch die Anwesenheit des versteiften Fingers die Function und die Kraft der übrigen Finger in ganz bestimmter Weise leiden. Bleiben wir bei dem Beispiele der Versteifung des Mittelfingers, so ist, falls dieser gestreckt steht, die active Beugung der Finger 2, 4 und 5 erheblich gehemmt; denn die Kraft der Beugemuskeln erschöpft sich zum grossen Theile an dem unbeweglichen Mittelfinger, oder mit anderen Worten: Flexor sublimis und profundus werden in allen ihren Fasern, die sich mit der Sehne des Mittelfingers vereinigen, vollständig und in den übrigen Fasern zum Theil in ihrer Contraction gehemmt. Die dem Mittelfinger benachbarten Finger, also 2 und 4, werden am stärksten getroffen, der entfernteste 5 am wenigsten. Die Behinderung von Finger 2 und 4 ist so erheblich, dass die Beugung des Nagelgliedes unmöglich werden kann. Ist der Mittelfinger in starker Beugecontractur versteift und in die Hohlhand eingeschlagen, wie es die Regel ist nach Durchtrennung und dauernder Nichtvereinigung der Strecksehne, so ist, wie im vorigen Beispiele der Beugemuskel, hier der Streckmuskel in seiner Contractionsfähig-

keit beeinträchtigt. Auch hier leiden wieder die Nachbarn am meisten. Finger 2 und 4 können um mehr als 40° in ihrer Streckfähigkeit einbüßen. Mir scheint, dass diese Hemmung des Muskels in seiner Wirkung auf die Nachbarn des versteiften Fingers in der Praxis nicht genügend berücksichtigt wird. Sie kommt an allen Fingern 2—5 mehr oder weniger zur Geltung, am ausgesprochensten jedoch bei Versteifung der „centralen“ Finger 3 und 4. Werden derartige Verletzte Wochen, ja Monate lang, wie es in der That vorkommt, in gymnastischen Instituten behandelt, so ist das Resultat immer gleich unbefriedigend. Die beschädigte Hand nimmt wohl ein wenig an Kraft zu, aber in der Regel nicht mehr als die gesunde. Die grosse Differenz zwischen der Leistungsfähigkeit der verletzten und der gesunden Hand bleibt immer dieselbe. Ich bin mir wohl bewusst, dass wir Aerzte hier nicht allein zu verfügen haben. Der Verletzte selbst hat hier das entscheidende Wort zu sprechen, insofern als er den Vorschlag des Arztes, sich den betr. Finger fortnehmen zu lassen, annehmen oder ablehnen kann. Aber sehr viel liegt doch auch an dem Chirurgen, der die erste Behandlung hat. Wenn er den Pat., dem die Sehne des Mittelfingers in Folge der primären Verletzung oder sich anschliessender Phlegmone nekrotisch geworden ist, gleich von vornherein darauf hinweist, dass der Finger mit unfehlbarer Sicherheit entweder in gerader Stellung steif wird oder sich allmählig in Beugecontractur stellt, und dass es für die Brauchbarkeit der Hand das Gerathenste ist, wenn der Finger primär exarticulirt wird, so wird die Mehrzahl unserer Arbeiter ohne Weiteres auf diesen Vorschlag eingehen. Der norddeutsche Arbeiter ist für solchen guten Rath trotz Bestehens des Unfallversicherungsgesetzes noch immer empfänglich. Ganz anders aber liegt die Sache, wenn der Verletzte mit seinem versteiften Finger aus der Behandlung entlassen und bereits in den Genuss seiner Rente getreten ist. Dann entschliesst er sich erfahrungsgemäss nur sehr ungern zu einem erneuten operativen Eingriffe, bleibt vielmehr oft lieber im Besitz der Rente und zieht es vor, sich mit seiner verkrüppelten Hand zu behelfen, als sich den steifen Finger, der „die Rente liefert“, fort-



nehmen zu lassen. Dass der Rentensatz, der z. B. einer Hand mit versteiftem Mittelfinger zukommt, erheblich grösser ist und sein muss, als der Satz, der bei fehlendem Mittelfinger in Ansatz kommt, scheint mir ebenfalls nicht immer genügend vorbedacht zu werden. Eine Hand mit versteiftem Mittelfinger ist recht schwer geschädigt. Ich glaube, dass die Annahme von 35% Erwerbsunfähigkeit für sie nicht zu hoch bemessen ist. Mit derselben Hand ohne den Mittelfinger kann eine factisch voll unbeeinträchtigte Erwerbsfähigkeit bestehen; und wenn wirklich eine Rente von 10% bewilligt wird, so fällt doch im anderen Falle der Berufsgenossenschaft die Last eines Plus von Rentenzahlung von 25% für die ganze Lebensdauer des Verletzten zu. Denn es ist hier noch zu bedenken, dass die Hand mit versteiftem Mittelfinger sich überhaupt nie bessert, dass ihre Brauchbarkeit vielmehr durch die sicher zu erwartende Atrophie des betr. Muskels allmählig immer mehr abnimmt, während die Hand nach Entfernung des Fingers im Laufe der Zeit immer kräftiger und brauchbarer wird.“

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1898 No. 4.)

- Ueber einen Fall von lebenden Fliegenlarven im menschlichen Magen macht Dr. Bachmann (Ilfeld) Mittheilung. Ein Gensdarm von hünenhaftem Bau leidet seit 5 Jahren an Verdauungsbeschwerden (Katarrh und Atonie des Magens). Vor 3 Wochen aber erbrach er zum 1. Mal „Würmer“, und seitdem ebenso noch 2 Mal, wobei immer über 100 Stück weisser Maden, mit Schleim und Galle vermischt, nach vorausgegangenem Uebelsein und krampfartigem Schmerz in der Magengrube ausgebrochen worden sein sollten. Seit dieser Zeit besteht auch Durchfall, und im Stuhl waren auch mehrmals einzelne Würmer. Pat. bringt in einem Glase 1 Dutzend etwa 1 cm langer, noch lebender Maden mit, offenbar Fliegenlarven. Autor verschrieb — Insectenpulver (!):

Rp.

*Inf. pulv. insectiperd. pers. 5,0:180,0*  
*Syr. Cort. aur. ad 200,0.*

M. D. S. 3stündl. 1 Esslöffel.

Uebelbefinden, mehrmals starke Schweisse. Nach Verbrauch der Medicin (rascher, als verordnet war!) im

Stuhlgang massenhaft weisse Klümpchen, halb-verdaute Reste der Larven! Offenbar waren diese durch das Insectenpulver abgetödtet worden, hatten ihren Aufenthaltsort (Magenfundus?) verlassen und waren von den Verdauungssäften angegriffen worden, was vorher, jedenfalls in Folge des Magenleidens und der stark darniederliegenden Verdauung nicht geschehen war, wie es sonst der Fall ist. So konnten sie zu solcher Grösse heranwachsen und über 3 Wochen sich im Körper halten. Die Eier mögen mit rohem Fleisch, das Pat. sehr oft gegessen, im Sommer in den Magen gelangt sein.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1898 No. 12.)

- **Milchsomatose** hat Oberarzt Dr. J. P. zum Busch (London, Deutsches Hospital) mit bestem Erfolg angewandt nach Operationen am Verdauungscanal (z. B. Herniotomien, Darmresection etc.), wo gleich am 1. Tage post operat. mit der Darreichung begonnen wurde, ferner in der Reconvalescenz nach schweren Krankheiten und besonders bei den Darmkrankheiten rhachitischer Kinder (hier 3 Mal täglich  $\frac{1}{2}$  Kaffeelöffel in Milch), wo der Verlauf recht günstig beeinflusst wurde. Milchsomatose ist als leicht verträgliches und gut ausnützbare Nahrungsmittel bei darniederliegender Nahrungsaufnahme und Schwächezuständen aller Art warm zu empfehlen!

(„Die Heilkunde“ 1898 No. 7.)



## Bücherschau.

---

— Vom M. Chotzen'schen Atlas der Syphilis und syphilis-ähnlichen Hautkrankheiten (L. Voss, Hamburg) sind jetzt die Hefte 7 und 8 erschienen. Jedes Heft enthält wieder 6 vorzüglich ausgeführte Tafeln, welche typische Krankheitsbilder so klar zur Anschauung bringen, dass die Differentialdiagnose etwaiger schwieriger Fälle wesentlich erleichtert werden muss, wenn man diesen Atlas vor Augen hat. Wir können letzteren nur wiederholt warm empfehlen.

— Vom Jahrbuch der prakt. Medicin, herausgegeben von Dr. J. Schwalbe (Stuttgart, F. Enke), dessen 1. Lieferung jüngst von uns mit warmen Worten der Empfehlung angezeigt wurde, sind jetzt bereits die Liefergn. 2—5 (à M. 3) erschienen, sodass der Jahrgang 1898 complet vorliegt. Durch das so prompte Erscheinen haben sich Herausgeber und Verlag jedenfalls den Dank der zahlreichen Freunde des Jahrbuchs erworben, welches ja dem Praktiker ein sehr werthvolles Nachschlagewerk für die tägliche Praxis geworden ist. In den vorliegenden Heften bringt Schwalbe die „Krankheiten der Kreislaufsorgane“, Rosenheim die „Krankheiten der Verdauungsorgane“, Fürbringer und Stettiner die „Krankheiten der Harnorgane“, Freyhan „Acute allgem. Infectiouskrankheiten und Zoonosen“, Sternberg „Constitutionskrankheiten“, Wagner „Chirurgie“, Czempin „Geburtshülfe und Gynäkologie“, Horstmann „Augenheilkunde“, Koch „Ohrenkrankheiten“, Jurasz „Krankheiten der Nase, des Rachens etc.“, Joseph „Haut- und venerische Krankheiten“, Neumann Kinderkrankheiten“, Clar „Klimatologie, Balneologie, Hydrotherapie“, Löbisch „Arzneimittel-lehre und Toxikologie“, Strassmann „Gerichtl. Medicin“, Gärtner „Oeffentl. Gesundheitswesen“. Also ein Stab alter bewährter Mitarbeiter! Dieselben haben wieder die betreffenden Disciplinen in ihrem neuesten Status und so wohlgeordnet dargestellt, dass die Orientirung eine sehr leichte, die Lectüre eine durchaus nutzbringende ist. Genaue Register beschliessen den Jahrgang, der

Stuhlgang massenhaft weisse Klümpchen, halb-verdaute Reste der Larven! Offenbar waren diese durch das Insectenpulver abgetödtet worden, hatten ihren Aufenthaltsort (Magenfundus?) verlassen und waren von den Verdauungssäften angegriffen worden, was vorher, jedenfalls in Folge des Magenleidens und der stark darniederliegenden Verdauung nicht geschehen war, wie es sonst der Fall ist. So konnten sie zu solcher Grösse heranwachsen und über 3 Wochen sich im Körper halten. Die Eier mögen mit rohem Fleisch, das Pat. sehr oft gegessen, im Sommer in den Magen gelangt sein.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1898 No. 12.)

- **Milchsomatose** hat Oberarzt Dr. J. P. zum Busch (London, Deutsches Hospital) mit bestem Erfolg angewandt nach Operationen am Verdauungscanal (z. B. Herniotomien, Darmresection etc.), wo gleich am 1. Tage post operat. mit der Darreichung begonnen wurde, ferner in der Reconvalescenz nach schweren Krankheiten und besonders bei den Darmkrankheiten rhachitischer Kinder (hier 3 Mal täglich  $\frac{1}{2}$  Kaffeelöffel in Milch), wo der Verlauf recht günstig beeinflusst wurde. Milchsomatose ist als leicht verträgliches und gut ausnützbare Nahrungsmittel bei darniederliegender Nahrungsaufnahme und Schwächezuständen aller Art warm zu empfehlen!

(„Die Heilkunde“ 1898 No. 7.)



## Bücherschau.

---

— Vom M. Chotzen'schen Atlas der Syphilis und syphilis-ähnlichen Hautkrankheiten (L. Voss, Hamburg) sind jetzt die Hefte 7 und 8 erschienen. Jedes Heft enthält wieder 6 vorzüglich ausgeführte Tafeln, welche typische Krankheitsbilder so klar zur Anschauung bringen, dass die Differentialdiagnose etwaiger schwieriger Fälle wesentlich erleichtert werden muss, wenn man diesen Atlas vor Augen hat. Wir können letzteren nur wiederholt warm empfehlen.

— Vom Jahrbuch der prakt. Medicin, herausgegeben von Dr. J. Schwalbe (Stuttgart, F. Enke), dessen 1. Lieferung jüngst von uns mit warmen Worten der Empfehlung angezeigt wurde, sind jetzt bereits die Liefergn. 2—5 (à M. 3) erschienen, sodass der Jahrgang 1898 complet vorliegt. Durch das so prompte Erscheinen haben sich Herausgeber und Verlag jedenfalls den Dank der zahlreichen Freunde des Jahrbuchs erworben, welches ja dem Praktiker ein sehr werthvolles Nachschlagewerk für die tägliche Praxis geworden ist. In den vorliegenden Heften bringt Schwalbe die „Krankheiten der Kreislaufsorgane“, Rosenheim die „Krankheiten der Verdauungsorgane“, Fürbringer und Stettiner die „Krankheiten der Harnorgane“, Freyhan „Acute allgem. Infectiouskrankheiten und Zoonosen“, Sternberg „Constitutionskrankheiten“, Wagner „Chirurgie“, Czempin „Geburtshilfe und Gynäkologie“, Horstmann „Augenheilkunde“, Koch „Ohrenkrankheiten“, Jurasz „Krankheiten der Nase, des Rachens etc.“, Joseph „Haut- und venerische Krankheiten“, Neumann Kinderkrankheiten“, Clar „Klimatologie, Balneologie, Hydrotherapie“, Löbisch „Arzneimittel- lehre und Toxikologie“, Strassmann „Gerichtl. Medicin“, Gärtner „Oeffentl. Gesundheitswesen“. Also ein Stab alter bewährter Mitarbeiter! Dieselben haben wieder die betreffenden Disciplinen in ihrem neuesten Status und so wohlgeordnet dargestellt, dass die Orientirung eine sehr leichte, die Lectüre eine durchaus nutzbringende ist. Genaue Register beschliessen den Jahrgang, der

sich würdig seinen Vorgängern anreicht. — Von dem im gleichen Verlage erscheinenden Villaret'schen „**Handwörterbuch der gesamten Medicin**“ sind die 5. und 6. Lieferung der 2. Auflage erschienen. Wir machen nochmals auf das Erscheinen der letzteren aufmerksam; empfehlende Worte derselben widmen, hiesse bei der Beliebtheit und Verbreitung des vorzüglichen Werkes Eulen nach Athen tragen. — Derselbe Verlag lässt endlich ein neues, gross angelegtes (20 Lieferungen à M. 4) Sammelwerk erscheinen, das **Handbuch der prakt. Medicin**, als dessen Redacteurs Prof. Ebstein und Dr. J. Schwalbe zeichnen. Es soll in dem Werke der Stand der inneren Medicin in einer den Bedürfnissen des prakt. Arztes angepassten Form treu wiedergespiegelt werden, und zwar so, dass das Ganze, durch diesen einheitlichen Gedanken geleitet, die Mitte halten soll zwischen den kürzeren Lehrbüchern und den zumeist in einzelne Monographien zerfallenden Sammelwerken. Auch die Beziehungen der inneren Medicin zu anderen Zweigen der Heilkunde, wie Chirurgie, Ophthalmologie, Otiatrie, Pädiatrie, Psychiatrie, Zahnheilkunde u. s. w. sollen berücksichtigt, ausser einer genauen Darstellung der Therapie auch Aetiologie, Symptomatologie, Diagnostik, Prognose in einer dem Praktiker genügenden Form erörtert werden, casuistische Mittheilungen und Abbildungen sollen die Schilderungen illustriren. Zur Ueberwältigung dieser Riesenaufgabe haben die Herausgeber einen Stab auserlesener und hervorragender Autoren um sich geschaart, deren Namen schon dafür bürgen, dass das Unternehmen seinen Zwecken durchaus entsprechen und eine überaus werthvolle Bereicherung unserer Litteratur bilden wird. Noch mehr aber geht das schon hervor aus der Durchsicht der bereits vorliegenden 1. Lieferung, welche uns zeigt, dass der Praktiker hier wirklich ein Nachschlage- und Studienwerk vor sich hat, wie es für seine Zwecke nicht besser geschaffen werden kann. Geschildert werden in dieser Lieferung (190 S.) die Krankheiten der Nase und ihrer Nebenhöhlen, des Nasenrachenraums, Rachens und Kehlkopfs von Prof. Strübing, die Krankheiten der Trachea, der Bronchien und des Lungenparenchyms von Prof. v. Liebermeister und Prof. Lenhartz. Wir sehen den weiteren Lieferungen mit grossem Interesse entgegen.



Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N<sup>o</sup>. 11.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**

aus der gesammten Fachlitteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Gratzner in Sprottau.*

Verlag von Carl Salimann in Basel und Leipzig.

---

*August*

*VII. Jahrgang*

*1898*

---

**D**ie früher erschienenen sechs Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen!

---

## **Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** Lösliches me-

tallisches Silber als Heilmittel empfiehlt Hofrath Dr. Credé (Dresden). Derselbe rühmt bekanntlich seit einigen Jahren Silber als äusseres und inneres Antisepticum und hat mit den Silbersalzen Itrol und Actol namentlich in der Wundbehandlung schöne Erfolge erzielt, die auch von anderen Aerzten erreicht wurden (s. Excerpta VI S. 58, 112, 213, 323). Zur Bekämpfung septischer Allgemeininfektionen des Körpers aber erwiesen sich die Salze als ungeeignet, da sie mit dem Eiweiss des thierischen Gewebssaftes feste Verbindungen eingingen, und dadurch die Verbreitung der Silberlösung im Körper äusserst beschränkt wurde. Dazu konnte nur metallisches Silber in flüssiger Form geeignet sein, und es gelang solches darzustellen als Argent. colloïdale Credé (chem. Fabrik

v. Heyden, Radebeul) in der Weise, dass es, in den Säftestrom des Körpers gebracht, thatsächlich auf die Entwicklung bestimmter pathogener Keime hemmend und abtödtend wirkte, hauptsächlich auf Staphylokokken und Streptokokken, sodass die von diesen hervorgebrachten Affectionen, falls noch nicht sehr weit vorgeschritten (also nicht bereits in Drüsen, Knochen, Leber etc. Abscesse und Nekrosen!) sehr günstig beeinflusst wurden. Frische Fälle und solche chronische, wie schleichende Sepsis oder Furunculose, wo secundäre Veränderungen in lebenswichtigen Organen noch nicht stattfanden, heilten sehr oft überraschend schnell. Die speciellen Indicationen müssen natürlich sich allmählig erst klären, das Wichtigste war zunächst, die beste Anwendungsform zu eruiren, zumal das Argent. colloid. ein Stoff ist, der sehr leicht durch Berührung mit anderen Stoffen verändert und besonders in eine unlösliche Form übergeführt wird, in der er für solche Zwecke werthlos ist. Autor empfiehlt deshalb das Unguent. Crédé (Marienapotheke in Dresden), das 15% Argent. colloid. enthält und die Silberpartikel in feinsten Vertheilung besitzt, was für die Aufnahme durch die Haut von grösster Wichtigkeit ist. Einmalige Dosis für Erwachsene 3 gr, Halberwachsene 2 gr, Kinder 1 gr, so lange eingerieben, bis die Salbe fast verschwunden und nur ein schmutzig-grauer dünner Belag übrig ist, was 20—25 Minuten dauert (bei magerer oder alter Haut bis 30; eine lederartige oder ganz anämische ist dafür gar nicht geeignet). Auch bei Schwerkranken Application meist nicht gut möglich. Applicationsstelle: Rücken oder eine Rücken- seite mit Gesäss und Oberschenkel (nur im Nothfall Arm und Unterschenkel!). Etwa  $\frac{2}{3}$  der Salbe wird sicher von der Haut aufgenommen, also von 3 gr Salbe: 0,3 Argent. coll., genügend, um einen acuten leichten bis mittelschweren Fall zu beseitigen, sodass z. B. eine Phlegmone oder Lymphangoitis mit Lymphadenitis (etwa durch Panaritium entstanden) sich nach 12—15 Stunden zu bessern anfängt, um nach 30—40 Stunden verschwunden zu sein (natürlich unter Zurücklassung des ursächlichen Processes). Sind in Drüsen, Lymphbahnen oder Zellgeweben schon Eiteransammlungen, also die Infection schon eine schwere, an 2—3 Abenden hinter einander (oder einen Tag um den anderen) Einreibung nöthig (die Eiterherde entwickeln sich



sehr mild, geöffnete Abscesse heilen auffallend rasch u. s. w.), bei noch älteren Fällen 5—20 Mal. Dasselbe gilt für Septicämie, beginnende Osteomyelitis, phlegmonöse Angina, fötide Bronchitis, Furunculose, kryptogene Sepsis, Puerperalfieber, Erysipel (vielleicht auch Rheumat. gonorrh., Gelenkrheumatismus). Wo Einreibung unmöglich ist oder zu lange fortgesetzt werden müsste, auch Pillenform: 1 Pille aus 0,01 Argent. coll. mit 0,1 Milchzucker und Glycerin, Aqua aa (in acuten Fällen in den ersten Tagen 2 bis 3 Mal je 2 Stück auf leeren Magen, bei chronischen Fällen, auch Tuberculose früh und Abends je 1 Pille, ebenso wo ein Tonicum nöthig ist, da schon nach 8 Tagen Wirkung auf Appetit und Nerven sich zeigt). Pillen auch bei Magendarmaffectionen (wo bisher Höllenstein verordnet wurde). Auch nach vielmonatlichem Gebrauch nie Argyrose oder sonstige Nebenwirkung! Neben diesen Pill. Argent. coll. maj. (Marienapotheke) noch Pill. minor. (0,05 Argent. coll. mit 0,025 Milchzucker und Glycerin, Aq. aa; nur 3 mm Durchmesser) zum Einlegen in Wundhöhlen (frische und alte, septische, fungöse, tuberculöse, der Knochen und Weichtheile), Fisteln, die nicht heilen wollen, ins Ohr (bei Eiterungen, wo in chronischen Fällen sehr gute Erfolge erzielt). Auch in Lösung hat Credé das Mittel angewendet, z. B. zu subcutanen Injectionen bei allen fungösen und tuberculösen Processen, wo bisher dazu Jodoformglycerin benützt wurde (1:200, an einer oder mehreren Stellen vertheilt  $\frac{1}{2}$ —2 Pravaz'sche Spritzen, Wiederholung nach 8—14 Tagen). Die Lösung eignet sich auch als Arznei bei infectiösen Darmprocessen in folgender Form (in der sie, im Magen nicht verändert, aufgesaugt wird):

**Rp.**

*Arg. coll.* 0,5 (— 2,0)  
*Aq. dest.* 50,0 (— 200,0)  
*Album. ov.* 0,5 (— 2,0).

M. D. S. 1 Kaffeelöffel bis 1 Esslöffel 3 Mal tägl. auf 1 Glas Wasser oder Thee auf leeren Magen  $\frac{1}{2}$  Stunde vor der Mahlzeit (die eingeklammerten Zahlen für Recepte auf mehrere Tage).

Kinder, leichte und chronische Fälle erhalten entsprechend weniger. Diese Medication bewährte sich in 30 Fällen von Darmkatarrh, schleichender Sepsis (wo Ein-

reibung nicht verwendbar war), allgemeiner Tuberculose, Rheumatismus gonorrh. (hier nach wenig Tagen Zurückgehen der Schmerzhaftigkeit und Schwellung, nach 2—3 Wochen Heilung) bestens; auch bei Gonorrhö selbst ohne Localbehandlung auffallende Wirkung, wenn auch nicht in allen Fällen. Auch hier nie Argyrose, nie sonstige üble Nebenwirkung! — Was die Silberwundbehandlung mit Itrol etc. betrifft, so beklagten sich Manche, dass die Wunden verschmiert würden und die Therapie zu theuer wäre. Beides kommt von der zu reichlichen Bestreuung. Wenn es sich nicht um septische Wunden handelt, die vielleicht zur Hälfte ihrer Oberfläche dünn bestäubt werden, streut Credé so wenig auf, dass vielleicht der 20. Theil der Oberfläche bedeckt ist und die Wunde so aussieht, als sei sie mit einzelnen kleinen Spritzflecken bedeckt. Das genügt, die Wunde wird nicht verschmiert, die Wäsche wird fast gar nicht befleckt und die Kosten sind mässige, wenn nicht, was noch oft vorkommt, der Apotheker zu hohe Preise nimmt. In Sachsen liefern die Apotheker zu folgenden Preisen: Actol 100 gr M. 14, 1 gr 30 Pf., Itrol ebenso. 1 Schachtel Tabletten davon (5 Gläschen à 10 Tabletten) M. 3,50, 1 Gläschen 75 Pf. Argent. coll. 1 gr 50 Pf., 1 Büchse Ungt. Credé (100 gr) M. 6. Aerzte und Anstalten noch 15—20% Rabatt.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1898 No. 14/15.)

- Eine **neue Methode der Wohnungsdesinfection** haben die Privatdocenten Dr. A. Schlossmann und Dr. Walther (Dresden) ausgedacht und mit Hülfe eines ingeniiösen Vernebelungsapparates (Firma Lingner, Dresden) zur Ausführung gebracht. Letzterer besteht aus einem Ringkessel, in welchem Wasser zum Sieden gebracht wird; der Wasserdampf steigt alsdann in ein Reservoir, das mit 40%iger Formaldehydlösung angefüllt ist, dem 10% Glycerin zugesetzt sind (wodurch die Polymerisation des Formaldehyds verhindert wird bei Vorhandensein von genügend Wasserdampf). Die Mischung nennen die Autoren „Glykoformal“. Es wird nun durch 4 Thyssen, die nach verschiedenen Richtungen aus dem Reservoir herausführen, durch den Wasserdampf das Formaldehyd grösstentheils vergast, gleichzeitig aber Wasser und Glycerin mitgerissen. Das Zimmer füllt sich in kurzer

Zeit mit einer Mischung von Formaldehyd, Wasserdampf und Glycerin, die gerade im Aggregatzustande der Nebelbildung sich befinden. 10 Minuten später ist ein Zimmer von 60 Cubikmetern Inhalt in dichtesten Nebel gehüllt. Spätestens nach 3 Stunden ist das Verfahren beendet, sind alle im Zimmer befindlichen Keime abgetödtet (kleine Näpfchen mit Gartenerde und 3 mm dicker Schicht, beschmutzte Wäschestücke, Pferdemist in 5 mm dicker Schicht absolut steril, auch Objecte unter den Möbeln vollständig desinficirt). Vorzüge dieses Verfahrens vor den bisher bekannten:

1. Absolute Sterilisation.
2. Es ist nicht nöthig, Fenster und Thüren zu verkleben, im Gegentheil etwas Luftzug eher förderlich.
3. Gerade um einen Luftzug und eine gewisse Ventilation des Zimmers herbeizuführen, ist der Apparat so construirt, dass ein Durcheinanderwirbeln der ganzen Zimmerluft stattfindet.
4. In maximo dauert das ganze Verfahren 3 Stunden (gegenüber 24 bei Schering oder Trillat).
5. Der Lingner'sche Apparat ist leicht bedienlich, arbeitet mit höchstens  $\frac{1}{2}$  Atmosphäre Druck, sodass jede Explosionsgefahr ausgeschlossen ist.
6. Das Verfahren ist billig und beschädigt trotzdem (gleich dem Schering'schen und Trillat'schen) die im im Zimmer befindlichen Gegenstände in keiner Weise.
7. Die Glykoformalnebel sind schwerer als die Luft. Energisch an die Decke des Zimmers getrieben, sinken sie dann langsam zu Boden, mechanisch alle Keime aus der Luft mitreissend.
8. Die Wirkung des Verfahrens ist einzig begrenzt durch die physikalischen Eigenschaften der Gase; soweit das Gas zu dringen vermag, so weit tödtet es alle Keime ab.

Nach Beendigung der Desinfection öffnet man  $\frac{1}{2}$  Stunde die Fenster, lässt dann aus einer Bombe mit flüssigem Ammoniak eine der Menge des verwendeten Formaldehyds adäquate Menge Ammoniak ins Zimmer und lüftet wieder energisch, wodurch binnen Kurzem jeder Formaldehydgeruch verschwindet.

- **Formalinwasser** (1 Esslöffel Formalin zu 1 Liter Wasser) hat Dr. Tippel (Kaiserswerth) als gutes Desodorans schätzen gelernt, nicht nur als Waschwasser für Körperstellen, von denen die üblen Gerüche ausgingen, sondern auch zum Desodoriren von Fussböden, Bettstellen, Nachtstühlen, Geschirren etc., während zur Desodoration der höheren Parthieen des Zimmers, der Polstermöbel etc. Formalin in Dampfform (Apparat von Schering, Berlin) benützt wurde. Die Gegenstände, auch Gemälde, Tapeten etc. leiden in keiner Weise, dabei ist die Desodorirung eine vollkommene, und in dumpfigen Zimmern, Closets etc. entwickelt sich eine wohlthuend empfundene Atmosphäre. Auch die Haut wird vom Formalinwasser durchaus nicht angegriffen und bleibt frei von Ekzemen. Empfehlenswerth ist auch dessen Anwendung für Aerzte nach Sectionen.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 22.)

- **Pural**, ein neues Desinfectionsmittel fürs Krankenzimmer (Otto Heumann, Berlin N., Usedomstr. 32) besteht aus pulverisirter Holzkohle, die mit Acid. carbolic. liquefact, Menthol und Acid. benzoic. imprägnirt ist. Durch Compression in cylindrische Form gebracht, wird die Kohle einfach angezündet und mit der glühenden Seite auf einen Teller gelegt, worauf sich sofort die desinfectirenden Dämpfe entwickeln. Dieselben beeinträchtigen nach Untersuchungen von Piorkowski wesentlich das Wachsthum der ortsüblichen Luftkeime und Schimmelpilze. Die luftreinigende und desodorirende Wirkung am Krankenvest erprobte Dr. C. Rosenthal (Berlin), der das Mittel bei Pat. mit Uteruscarcinom, Lungengangrän, Eiterungen, üblen Ausdünstungen, solchen, welche im Zimmer Stuhl hatten etc. anwandte und bei 2 bis 3 Mal täglich erfolgender Dampfentwicklung genügende Desodorirung erzielte.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1898 No. 43.)

**Augenentzündungen.** Xeroform in der Augentherapie hat Prof. Dr. Wicherkiewicz (Krakau) oft mit bestem Erfolge benützt, theils als Pulver zu Einstäubungen, theils als 5—10%ige Salbe. Letztere wirkte z. B. gegen nässende Entzündungen sehr vorzüglich, da es in wenigen Tagen abheilt.

sonderes, dagegen schien es bei folliculärer und pustulöser Conjunctivitis oft anderen Mitteln überlegen zu sein (als Pulver und Salbe). Gegen Bindehautaffectionen, welche mit stärkerer katarrhalischer Absonderung verbunden sind, scheint es keine erhebliche Wirkung auszuüben, und hat Autor wiederholt bei Controlversuchen die Superiorität des von ihm angegebenen Bortanninpulvers (3:1) constatirt. Dagegen ist es von hervorragender Bedeutung bei chronischem Bindehautkatarrh, welcher oft alte Leute behaftet, allen Mitteln trotz und bei event. Operationen (besonders Katarakt!) recht bedenklich werden kann. Während wochenlang fortgesetzte Vorbereituncuren oft zu keinem Resultat führen, indem die Absonderung nicht zu bewältigen ist und die spätere Operation leicht zur Infection führt, hat die einige Tage vor der Operation täglich ausgeführte Einstäubung von Xeroform mehrmals die Secretion gut beeinflusst, sodass die Extraction und Nachbehandlung glatt verliefen; jedenfalls vermochte das Mittel die im Schleim keimenden Mikroorganismen zu vernichten oder in ihrer Leistungsfähigkeit einzuschränken. Bei mehreren Fällen von Keratomalacie, sowohl infantiler, wie marantischer, wo der Gewebszerfall langsamer erfolgte, beeinflusste ferner Xeroform ausserordentlich günstig die Affection, indem es, 1—2 Mal täglich eingestäubt, die Abstossung des mortificirten Gewebes erleichterte und vor weiterem Zerfall schützte. Endlich hat bei Conjunctivitis membranacea die in den Bindehautsack reichlich eingeführte Salbe sehr gut gewirkt, wie solche auch bei Blennorrhö im 1. Stadium den Verlauf abkürzte und namentlich die Infiltration des Gewebes hintanzuhalten schien. — Auch Dr. Wolffberg (Breslau) hat Xeroform schätzen gelernt, z. B. bei Ulcus corneae serpens, wo es, 2 Mal täglich mittelst Pulverbläfers applicirt, eclatant einwirkte, bei Augenoperationen etc.

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges 1898 No. 32.)

- Protargol bei A. wandte Ed. Pergens (Brüssel) an, nachdem er sich an seinen eigenen, gesunden Augen überzeugt hatte, dass das Mittel durchaus reizlos ist. Meist genügte 2%ige Lösung, öfter musste auf 5%ige, bei Dakryocystoblennorrhö auf 10%ige gestiegen werden. Ausspritzungen mit letzterer führten in 4 Fällen

nach 10—22 Tagen Heilung herbei, ein 5. Fall recidierte. Bei Conjunctivitis catarrh. genügten jene schwächeren Lösungen (6 Mal pro die, bei leichteren Fällen 3 Mal tropfenweise). Bei Blennorrhoea neonatorum wurden stündlich Einträufelungen von 2%iger Lösung gemacht und in 6—13 Tagen Heilung erzielt.

(Klin. Monatsblätter f. Augenheilk., Jahrgang 36, April.)

- Auch Prof. v. Deneffe (Gent) hat mit Protargol (10%ige Lösung) sehr günstige Erfolge bei sämtlichen Formen der Conjunctivitis (auch Trachom!) erzielt. Jegliche objectiven und subjectiven Reizerscheinungen fehlten, sodass die Pat. ihrem Beruf nachgehen konnten, ein besonderer Vorzug vor der Behandlung mit Höllenstein!

(Bull. de l'Acad. royale de méd. de Belgique, 23./II. 98. — Allgem. medic. Central-Ztg. 1898 No.45.)

- Ueber die Behandlung der Blepharitis schreibt Dr. Wolffberg (Breslau): „Unter Umständen giebt es für die Entfernung der kleienartig überreichlich den Lidrändern anhaftenden Schüppchen kein besseres Mittel als Seife, besonders wenn die üblichen Salben nicht vertragen oder aus anderen Gründen nicht gern angewandt werden. Nimmt man eine gute überfettete Toilettenseife — sehr zu empfehlen ist die neuerdings vielfach genannte Byrolinseife — und reibt sich den Schaum derselben mit einer Fingerkuppe kräftig in die Lidränder ein, so ist zwar nicht zu vermeiden, dass schliesslich etwas in die Lidspalte kommt und mehr oder weniger reizt, spült man aber rechtzeitig mit gewöhnlichem Wasser nach und trocknet bald sorgfältig ab, so wird der Reiz kaum lästig und die Schüppchen sind so gründlich entfernt, dass man die Prozedur erst nach einigen Tagen zu wiederholen braucht. Für sehr empfindliche Individuen habe ich nach mancherlei Versuchen folgende mit dem Namen Wallrathmilch belegte Emulsion zusammengestellt, welche sich besonders für die Praxis elegans empfiehlt:

Rp.

*Cetac.*

*Sapon. venet. aa 0,5*

*Cer. alb. 1,25*

*Ol. amygdal. 5,0*

*Ol. Rosar. qtt. I.*

*Aq. dest. ad 50,0.*

*M. f. emulsio*

*S* Zum Waschen der Lidränder (mittels Wattebausch).

Als gutes Lösungsmittel für Schüppchen bewährt sich auch die Soda. Um eine Lösung zu schaffen, welche gleichzeitig einen angenehmen Hautreiz ausübt und wohlriechend ist, verschreibe ich folgende Saturation, welche gern angewandt wird:

Rp.

*Natr. carbon. pur. 2,0*

*Aq. Rosar. 100,0*

*Acet. 10,0.*

S. Augenwasser.

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges 1898 No. 38.)

**Blutungen.** Ueber Haemostat, ein seit vielen Jahren bewährtes und vortrefflich wirkendes Nasenblutenmittel schreibt uns Dr. Fischer (Kreuzlingen): Mehrere Fälle von heftigem, kaum stillbarem Nasenbluten veranlassten Herrn Dr. Kimig in Freiburg, diesem lästigen und unter Umständen gefahrbringenden Leiden volle Aufmerksamkeit zu schenken. Nach verschiedenen Aenderungen und Combinationen kam Dr. K. schliesslich auf eine Arzneiform, die über Erwarten günstig auf Nasenbluten wirkt und deren Anwendung in vielen Dutzenden von Fällen fast ausnahmslos von bestem Erfolge begleitet war. Die Bestandtheile des Mittels — einer Salbe — sind Chininum sulfuricum, Tannin. purum und benzoin. Axung. porci. Es wird an der Seitenfläche der Nase, an der Nasenwurzel, also zwischen den Augenbrauen und an den Parthieen über den Augen tüchtig eingerieben (niemals in die Nasenschleimhaut). Merkwürdig ist, dass in sehr vielen Fällen nicht nur die einzelne Blutung rasch zum Stillstand kam, sondern dass die Disposition der betreffenden Patienten zu häufigem Nasenbluten durch Anwendung des Haemostat dauernd beseitigt wurde, sodass wir über eine lange Reihe von ehemaligen Blutern verfügen, die seit 1 oder 2maliger Benützung des Mittels nie mehr Nasenbluten bekamen. Seit mehreren Jahren kam der Schreiber dieser Zeilen durch Herrn Dr. K. in Besitz des Mittels und hat im Laufe der Zeit so häufig und so vortreffliche Erfolge erzielt mit demselben, dass er es geradezu für geboten erachtete, weitere Kreise auf das einfache Mittelchen aufmerksam zu machen, mit dem manchem, durch häufiges, profuses Bluten gefährdetem Nasenbluter werthvolle Dienste geleistet werden können. Dr. Kimig gab dem Mittel den

Namen „Haemostat“, das seit Kurzem im Grossen fabricirt (Apotheker Hausmann, St. Gallen) und in Tuben verpackt wird.“

- Ueber neuropathische Epistaxis liess sich Dr. E. Fink (Hamburg) des Näheren aus. Zu der Kategorie dieser nervösen, durch Einwirkung auf die Vasomotoren entstehenden B. gehört z. B. das Nasenbluten, welches vicariirend an Stelle der Menstruation zu Stande kommt, und das, welches zuweilen im Pubertätsalter beobachtet wird. Dass solche B. bei ganz intactem Gewebe und normalen Circulationsverhältnissen vorkommen, ist eine Thatsache, die sowohl durch klinische Erfahrungen, wie durch experimentelle Ergebnisse sichergestellt ist. Was zunächst die letzteren anbelangt, so hat Brown-Séquard gezeigt, dass eine Verletzung am Pons in der Nähe der Kleinhirnschenkel Ekchymosen und sogar ausgesprochene Haemorrhagieen in den Lungen zur Folge hat. Solche B. entstehen durch Vermittelung der Wurzeln und der Nervenfasern, welche vom 1. Ganglion des Brusttheils des Sympathicus ausgehen. Nothnagel und Vulpian haben auch durch Reizung anderer Gehirntheile Lungenblutungen erzeugen können. Dem entsprechend beobachtet man nicht selten bei Gehirnblutungen, welche auf einer Herderkrankung beruhen, ausgesprochene Ekchymosen an Pleura und Endocard. Klinisch sind ferner viele Fälle von Hysterie bekannt, wo B. in verschiedenen Organen, auf rein neuropathischer Basis beruhend, bei Individuen zu Stande kamen, die absolut keinen organischen Fehler hatten. Auch bei Epileptikern treten mitunter Lungen- und Magenblutungen auf, und zwar nicht blos während des Anfalls, sondern auch in den anfallsfreien Zeiten. Ähnlich bei heftigen Gemüthsbewegungen! Was nun die Nase speciell anbelangt, so kann hier eine vasomotorische Blutung, und zwar in reflectorischer Weise, durch Reize erzeugt werden, die entweder auf die Nase selbst oder auf solche entfernt liegende Organe wirken, welche in gewissem Sinne die Blutvertheilung in der Nase beeinflussen. Letztere Wechselbeziehung wird ja schon seit Langem therapeutisch benützt, indem z. B. ein Kältereiz auf den Nacken, die



Hoden, die Mammae applicirt wird, und zwar bisweilen mit ganz promptem Erfolg. Eine ähnliche Reflexwirkung giebt sich auch in einer Erscheinung kund, die, weil sie fast in jedem Falle beobachtet wird, als physiologisch betrachtet werden kann, darin bestehend, dass bei Frauen während der Menstruation eine starke Blutüberfüllung und in Folge dessen eine Schwellung des cavernösen Gewebes in der Nase vorkommt. Umgekehrt kann man manche Formen von schmerzhafter Menstruation durch Cocainisirung der Nasenhöhle günstig beeinflussen. Auch Autor hat Letzteres mehrfach bestätigt gefunden, wenn auch das Mittel natürlich keine Panacee gegen jede Dysmenorrhöe ist. Jedenfalls steht fest, dass hier thatsächlich von entfernt liegenden Organen aus ein gewisser wirksamer Reiz auf die Vasomotoren der Nase ausgeübt wird. Die Reizübertragung geschieht auf dem Wege des Sympathicus, welcher vom Plexus caroticus durch den N. petrosus profundus Zweige zum Ganglion sphenopalatinum abgibt; von diesem gehen die die Nase versorgenden Rami nasales posteriores ab. Eine Reizung der venösen Gefässnerven bewirkt eine Contraction der Venen und in Folge dessen eine starke Blutüberfüllung in den cavernösen Räumen. Erreicht diese Reizung einen sehr hohen Grad, wie es ja der Fall ist, wenn aus irgend einer Ursache die physiologischen B. aus den Genitalien nicht ausgelöst werden, so kann bei den innigen Beziehungen, die zwischen Genitalien und Nase bestehen, die reflectorische Wirkung auf die Vasomotoren der Nase so stark sein, dass jene Hyperämie daselbst so intensiv wird, dass der regionär gesteigerte Blutdruck die Elasticitätsgrenze der Gefässwand überschreitet und diese zur Ruptur bringt. Das ist der Mechanismus, der allen Fällen von vasomotorischem Nasenbluten zu Grunde liegt! Das Ausbleiben der physiologischen Genitalblutung, an deren Stelle eine Epistaxis tritt, beruhte in einigen Fällen auf angeborenen Bildungsanomalieen (Fall von Clay: 21jähriges Mädchen bekam seit ihrem 17. Lebensjahre alle 4 Wochen Nasenbluten, aber nie Menses; Uterus und Vagina fehlten. Aehnlich Fall von Quain: Fehlen von Uterus, Ovarien und Tuben), auch auf artificiellen Anomalieen (Fall von Fehling: Derselbe castrirte eine 40jährige, bis dahin regelmässig menstruirte Frau; seitdem Ausbleiben der

Menses, dafür Epistaxis); andererseits sind vicariirende Nasenblutungen auch bei solchen Pat. beobachtet worden, bei denen eine Missbildung an den Genitalien fehlte. Und da verdient es hervorgehoben zu werden, dass die Ersatzblutung aus der Nase während der Gravidität ausblieb, ein Umstand, der nach der gegebenen Erklärung, wie solche Epistaxis zu Stande kommt, begreiflich ist. Auch durch andere heftige, auf die Genitalien wirkende Reize kann reflectorisch Epistaxis ausgelöst werden. So besonders durch Masturbation sowohl beim männlichen, wie beim weiblichen Geschlecht, was gar nicht so selten ist. In den Fällen von Nasenbluten bei jungen Männern, die Autor bei intactem Naseninnern beobachtet hat, konnte er meist habituelle Masturbation eruiren. Freilich ist ja nicht immer sicher, dass die Epistaxis propter hoc auftrat, der Verdacht liegt aber sehr nahe. Auch durch Reize, die direct auf die Nase einwirken, können solche B. entstehen, so durch gewisse Gerüche; solche sind ja bei gewissen Personen im Stande, Schwindel, Ohnmacht, Erbrechen hervorzurufen, sie können auch in der Nase eine so stürmische nervöse Reaction bedingen, dass B. die Folge sind. Eine ähnliche Entstehungsursache lag 2 Fällen zu Grunde, die Fink jüngst erlebte. Ein 43jähriger Kaufmann consultirte ihn wegen lästiger Halsbeschwerden; er hatte ein sehr peinigendes Fremdkörpergefühl im Halse, musste viel räuspern, entleerte massenhaft Schleim und klagte über schwere Durchgängigkeit der linken Nasenhöhle, die manchmal ganz verlegt sei, wobei Kopfschmerzen, Eingenommensein etc. sich geltend machten. Befund: Diffuser chronischer Rachenkatarrh, namentlich intensiv in der Pars retronasalis; an der rechten Seite der Nasenscheidewand umfangreiche, breitbasige Spina, die sich auch auf die Pars ossea septi erstreckte, in das Lumen der Nase weit hineinragte und dieses zum Theil verlegte; schon bei mässigem Füllungszustand des Schwellgewebes der etwas hypertrophischen unteren Muschel übte die Spina auf diese einen erheblichen Druck aus; sonst Pat. durchaus gesund. Autor operirte die Spina, wobei die Blutung nicht erheblich war und bald spontan stand. Trotzdem Pat. alle Anordnungen befolgte, sich nicht schnauzte etc., bekam er doch Tags darauf eine abundante Blutung, aber aus der nicht

operirten Nasenhöhle, wo das Blut am unteren Ende der überaus turgescenten unteren Muschel hervorsprudelte; nirgends eine Schleimhautverletzung! Tamponade, Stillstand der Blutung. Noch 6 Tage lang traten immer wieder heftige B. aus der nicht operirten Seite auf, innen durch Tamponade gestillt, aber immer wieder ausbrechend, dann sistirten sie endlich. Ähnlich beim 2. Falle, wo ebenfalls bei einem sonst gesunden Manne eine Spina entfernt wurde, und 12 Stunden später in der nicht operirten Seite eine starke Blutung entstand, die erst auf Tamponade verschwand. Die B. waren hier bedingt durch eine durch die Operation ausgeübte Reizwirkung auf die Vasomotoren! Derartige nach Operationen im Nachbargebiete entstehende B. sind selten, aber auch dem Gynäkologen bekannt, der z. B. nach Castrationen, auch wenn solche kurz nach dem Aufhören der Menses gemacht werden, bisweilen 2—3 Tage später sehr häufig interne B. erlebt. Wäre in obigen Fällen eine passive Congestion, etwa durch starkes Schneuzen, die Ursache der B. gewesen, so hätten diese an der Pars minoris resistentiae, also an der Operationswunde, erfolgen müssen!

(Die Heilkunde 1898 No. 7.)

Zur Therapie der Nephritis haemorrhagica macht Dr. A. Kramer (Dorpat) eine bemerkenswerthe Mittheilung. Bei einem Pat. mit intensiven nephritischen Erscheinungen, so dauernden B., gegen die schon Tannin, Salol, Plumb. acet. etc. ohne Nutzen angewandt worden waren, glaubte er es mit Nierencarcinom zu thun zu haben, weshalb er neben diätetischen Verordnungen ordinarirte:

Rp.

*Salol*. 0,5

*Pyocetanin. caerule.* 0,1.

3 Mal tägl. 1 Oblate.

Schon am 2. Tage der Behandlung war der Blutgehalt bedeutend geringer, um am 3. Tag vollständig zu verschwinden, gleichzeitig nahm der Eiweißgehalt immer mehr ab, die Oedeme schwanden, nach 15 Pulvern die Medication sistirt werden konnte (der Zustand an, der Harn blieb hellgelbe Elemente), das Allgemeine (Gewicht nahm zu, — es konnte

sich nicht um Carcinom gehandelt haben. Nach 2 Jahren in Folge eines Excesses in baccho Wiederauftreten der alten Beschwerden. Auf obige Therapie schwand das Blut nach 3 Tagen, desgleichen das Eiweiss etc. Das Gleiche geschah bei 3 anderen Fällen, die ähnlich waren; neben raschem Verschwinden der Blutung ein Schwinden des Albumens! Worauf die Wirkung beruht, kann Autor nicht sagen, jedenfalls aber wäre schon das Verschwinden der B. allein, welche die Pat. gewöhnlich furchtbar ängstigen, genügend, die Therapie empfehlenswerth zu machen.

(St. Petersburger medic. Wochenschrift 1898 No. 20.)

**Chylothorax.** Einen doppelseitigen traumatischen Ch. beobachtete Dr. O. Henssen (Sulzbach, Knappschaftslazareth). Am 26./VIII. 97 wurde der 19jährige Pat. in der Grube durch einen bergabrollenden Kohlenwagen gegen eine Wetterthür gepresst; der Wagen stiess ihn, der in dem engen Gang nicht ausweichen konnte, gegen die Brust und schleuderte ihn mit dem Rücken wider die Thür, sodass er zwischen Wagen und Thür eingeklemmt wurde. Gleich darauf wurde ihm schwindlig und er bekam leichte Athembeschwerden. Nach  $\frac{1}{2}$ stündiger Pause arbeitete er angeblich noch drei Stunden lang, bevor er seinen 2 Wegstunden entfernten Wohnort aufsuchte. Am anderen Tage nahmen die Athembeschwerden zu, am 3. Tage suchte Pat. den Arzt auf, der ihn sofort ins Lazareth transportiren liess. Aufnahmebefund: Pat. gut entwickelt, aus gesunder Familie, noch nie krank gewesen. Ausser einigen Hautabschürfungen an der Brust und über beiden Spinae scapulae Verletzungen nicht nachweisbar, insbesondere fehlen alle Symptome eines Rippenbruchs. Gesichtsfarbe cyanotisch, Athmung beschleunigt und oberflächlich. Rechts hinten unten von der 8. Rippe abwärts absolute Dämpfung, in deren Gebiet abgeschwächtes Bronchialathmen. Vorn reicht die Dämpfung bis zum 4. Intercostalraum. Links keine Dämpfung. Temp. 36,9°. Harn ohne Eiweiss und Zucker. Behandlung: Bettruhe. 29./VIII. Die Dämpfungsgrenze hinten unten rechts bis zur 6. Rippe emporgestiegen. Athembeschwerden heftiger. Durch Probepunction 6 ccm dünnflüssiger,

geruchloser, undurchsichtiger, genau wie Milch aussehender Flüssigkeit entleert, die sich in Aether zu einer opalescirenden Flüssigkeit aufhellt, neutral reagirt und stark eiweisshaltig ist; beim Kochen gerinnt sie fast völlig und nach Zusatz von Salpetersäure bilden sich käsige Brocken; mikroskopisch: Fett in feinsten Vertheilung, vereinzelte Leukocyten; chemisch: Fett und Zucker. 30./VIII. Abends 38,0°, Puls 90; der spärliche Auswurf mit Blut untermischt. 31./VIII. Jetzt auch links hinten unten handbreite Dämpfungszone nachweisbar. Auch hier durch Probepunction Entleerung milchiger Flüssigkeit, die schwach gelblich gefärbt ist, sich sonst aber in nichts von der rechten Pleurahöhle unterscheidet. An den folgenden Tagen Temp. normal, die Athembeschwerden nahmen allmählig ab, die Erscheinungen des Pleuraergusses gingen zurück, bis am 10./IX. subjectives Wohlbefinden und völlig normaler Lungenbefund zu verzeichnen war. Pat. blieb seitdem gesund. — Zweifellos hatte hier Ch. in Folge Zerreißung des Ductus thoracicus vorgelegen. Der Fall ist der erste bis jetzt beschriebene von doppelseitigem traumatischen Ch. Ueberhaupt sind bisher nur sehr wenig Fälle von Ch. bekannt geworden.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 20.)

**Ekzem.** Die Behandlung des Lidekzems der Kinder führt Antonelli folgendermaassen durch: Die meist schleimig-eitrige Conjunctivitis bekämpft er durch fleissiges Waschen mit schwacher Sublimatlösung (0,05 : 400,0 Aq. dest. ohne Alkohol) und Instillationen von Argent. nitric. (0,05 : 15,0 Aq.) oder Protargol (2,0—4,0 : 100,0), den Blepharospasmus durch kalte Augen- resp. Gesichtsbäder, 3 Mal täglich einige Secunden lang, oder durch Cocainsalbe (0,15—0,2 : 5,0 Vaseline). Man kann auch das Cocain mit dem Ekzemmittel selbst verbinden:

Rp.

*Zink. oxyd.*  
*Bismuth. subnitr. aa* 0,3  
*Cocain. hydrochloric.* 0,5  
*Lanolin.*  
*Vaselin. pur. aa* 10,0.  
 M. f. ung.

Die besten Localmittel für die Dermatitis der Lider sind nicht irritirende Salben, wie weisse Präcipat- (1<sup>o</sup>/<sub>0</sub>), Calomel- (2—4<sup>o</sup>/<sub>0</sub>) oder Borsalicylsalbe:

Rp.

*Acid. boric.*  
*Acid. salicyl. aa* 0,5  
*Lanolin.*  
*Vaselin. pur. aa* 15,0.

Bei sehr entzündeter Haut event. Puderung (Talc. venet.). In hartnäckigen Fällen (torpide Scrophulose!) reizende Salben:

Rp.

*Resorcin.*  
*Acid. salicyl. aa* 1,0  
*Zinc. oxyd.* 2,0  
*Vaselin.* 20,0.

Entfernung von Krusten, gründliche Reinigung der Nase, Eröffnung von Abscessen, Allgemeinbehandlung natürlich nicht zu vernachlässigen!

(La Médecine infantile, 15, III. 98. —  
 Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 19.)

— Ueber Handekzem und Waschen der Hände giebt P. G. Unna (Hamburg) präcise Vorschriften. Dieselben lauten kurz: keine Waschung ohne darauf folgenden impermeablen Fettverband und daher Ersatz der Waschung Morgens und am Tage durch eine gründliche abendliche Reinigung! Die Hand darf nach der Reinigung nicht der Luft und anderen Schädlichkeiten ausgesetzt werden. Denn mit jeder Waschung, besonders aber derjenigen schmutziger Arbeiterhände ist eine Entfettung der Hornschicht verbunden; der Luft ausgesetzt, trocknet dieselbe ein, die ekzematöse Hornschicht erhält feine Einrisse und grosse Rhagaden, die nicht nur die Schmerzen und die Hyperämie vermehren, sondern dem Staub und allen schädlichen Agentien der Handarbeit geradezu die Eingangspforte öffnen. Je mehr aber die Hände bei Tage zur Arbeit gebraucht werden, um so mehr muss man am Abend energisch reinigen. Nachdem man mit warmem Wasser und Seife dies besorgt hat (gesunde Hautstellen mit der Bürste kräftig abreiben! Nägel und Unternagelräume nicht vernachlässigen!), reibt man eine zweckmässige Salbe (Hebra'sche Salbe,

Zinkschwefelpaste, Theer- oder Chrysarobinsalbe u. A.) ein und wickelt mit Guttaperchapapier, Wachseleiwand, Gummihandschuhen etc. ein. Am Morgen braucht man die Salbenreste einfach abzuwischen; zurückbleibende Spuren sind ganz gut als Tagesschutzdecke. Während der Arbeit reibt man zweckmässig noch einige Male leicht die Hände mit Salbe ein; als Reinigung vor den Mahlzeiten genügt einfaches Abreiben mit Oel und Trockenwischen. Bei Wäscherinnen und solchen, die mit Wasser zu thun haben, kann die Arbeit fortgesetzt werden, nur muss in den Arbeitspausen für Einsalben gesorgt werden und ebenso nach Beendigung der Arbeit sofort die abendliche Salbeneinhüllung erfolgen; so kann man auch hier ganz gute therapeutische Resultate erzielen.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1898 Bd. 26 No. 11.)

— **E. der Hohlhand** behandelt S. E. Hale mit:

Rp.

*Natr. sozodolic. 2,0*

*Zinc. oxyd. 4,0*

*Vaselín. 10,0.*

D. S. 2 Mal tägl. einzureiben.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 24.)

— **Xeroform** wendet Docent Dr. Ehrmann (Wien) seit 1 Jahr bei 210 Fällen (darunter 30 Fällen von nässendem E., 15 von E. ad anum et nates, 9 von Jodoform-ekzem) mit bestem Erfolge an. Es bewährte sich sehr gut bei circumscriptem E. (z. B. der Hände). Bei E. der Analhaut und Afterkerbe wurde es zugleich auch intern gegeben (2—4 Mal täglich 1 Oblate à 0,5 gr), weil die Hartnäckigkeit dieses E. hauptsächlich auf der abnormen Beschaffenheit der passirenden Darmcontenta beruht und eine Darmantiseptis dringend nöthig ist. Diese besorgte ausgezeichnet das Xeroform, welches die Symptome der abnormen Darmverdauung rasch zum Schwinden brachte. Ein Gleiches war bei chronischer Urticaria der Fall (von 32 Fällen 23 geheilt, 7 bedeutend gebessert, 2 noch in Behandlung). — Die externe Application bewies sich noch als recht heilkräftig bei Balanitis, Ulcera cruris (Xeroformstreu-pulver, dann Ueberklebung mit 5% Colemplastr. sapon.

salicyl., letzteres täglich 2 Mal, ersteres alle 24 Stunden erneuert, ebenso bei:) eiternden Bubonen und Furunkeln nach der Spaltung (dünne Schicht Xeroform, alle 24 Stunden erneuert, darüber Xeroformgaze), Panaritien, Phlegmonen, tuberculösen Geschwüren, Ulcera molliä und reinen Operationswunden.

(Wiener medic. Blätter 1898 No. 22.)

**Gonorrhö.** Dr. J. Bloch (Berlin) empfiehlt warm das Sandelholzöl bei Behandlung der G. Als Assistent von Saalfeld hat er die überaus günstige Wirkung schätzen gelernt; zahlreiche Fälle wurden dort durch den alleinigen Gebrauch des Mittels geheilt, andere neben sehr wenig eingreifender localer Therapie. Auch Bloch hat bisher bei etwa 30 Fällen das Mittel angewendet und gleiche Erfolge zu verzeichnen. Er resumirt seine Erfahrungen in folgenden Sätzen:

1. Das ostindische Sandelholzöl erteilt bei längerer Darreichung dauernd dem Harne antibleorrhöische (nicht antibakterielle) Eigenschaften durch Fernhaltung seiner Zersetzung in der Harnröhre und entfaltet vielleicht adstringirende Wirkungen.
2. Das Sandelholzöl bewährt sich am besten im subacuten und chronischen Stadium der Blenorrhö, sowie bei Cystitis colli.
3. Das reine und unverfälschte Sandelholzöl ist von allen Balsamica das harmloseste und fast frei von Nebenwirkungen.
4. Das Sandelholzöl muss in der Tagesgabe von 2—3 gr durchschnittlich 4 Wochen lang verabreicht werden.
5. Während der Darreichung des Sandelholzöls müssen die Pat. starkes Schwitzen möglichst vermeiden.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1898, Bd. 26, No. 6.)

- Ol. Salosantali (Salosantal) als interne Medication bei Affectionen der Harnorgane, namentlich G. empfiehlt warm Dr. O. Werler (Berlin). Demselben hat sich seit Langem als ausserordentlich zweckmässig bei rebellischen Krankheiten der Harnorgane eine Combination interner Antiseptica und balsamisch-aromatischer Medi-



camente erwiesen, wodurch ein antibakterieller, antiputrider Einfluss neben dem antiphlogistischen, reizmildernden, schmerzstillenden ausgeübt wird, und seit 3 Jahren verschrieb er mit gutem Erfolge folgende Pillenformeln:

Rp.

*Salol.*  
*Extr. sicc. Pichi americ. aa 2,0*  
*Magnes. et Cer. alb. q. s.*  
*ut f. pill. No. 30.*  
*Consperg. Pulv. Cinnam.*  
 S. 3 Mal tägl. 2—3 Pillen nach der Mahlzeit.

Rp.

*Extr. sicc. Pichi americ.*  
*Ol. Santal. rubr. aa 2,0*  
*Magn. et Cer. alb. q. s.*  
*ut f. pill. No. 30.*  
 S. 3 Mal tägl. 2—3 Pillen nach der Mahlzeit.

Rp.

*Salol.*  
*Ol. Santal. rubr. aa 2,0*  
*Magnes. et Cer. alb. q. s.*  
*ut f. pill. No. 30.*  
*Consperg. Pulv. Cinnam.*  
 S. 3 Mal tägl. 2—3 Pillen nach der Mahlzeit.

Aber die Pillen sind bei längerem Gebrauch ziemlich theuer, weshalb Apotheker Dr. Halle (Capsules-Fabrik Berlin-Schöneberg) die Paarung eines Antisepticums und Balsamicums in wohlfeilerer Weise anstrebte, was auch gelang. Das Salosantal, eine Vereinigung von Salol mit unverfälschtem ostindischen Sandelöl, eine klare, hellgelbe Flüssigkeit, mit Pfefferminzöl versetzt, welches den Geruch und Geschmack so verdeckt, dass es stets gern genommen wurde, vertrugen die Pat. recht gut, wenn es 3 Mal täglich zu 10—20 Tropfen nach der Mahlzeit auf Zucker oder in etwas Zuckerwasser genommen wurde (da es  $33\frac{1}{3}\%$  Salol enthält, bekommt der Pat. so pro die  $\frac{1}{3}$  bis 1 gr Salol); für die Praxis elegans wurden Capseln zu 0,5 Salosantal hergestellt, von denen Pat. 3 Mal täglich je 2 Stück zu nehmen hat (1 Flacon mit 50 Stück Mk. 3). Die Medication ist billiger, als die der officinellen Caps. Olei Santali. Bei Nephritis ist das Mittel contraindicirt, ebenso soll man es bei gestörter Magenfunction lieber nicht geben. Als Indicationen für die Darreichung stellt Autor auf:

1. Alle Fälle von Affectionen der Harnröhre und Blase (Gonorrhoe, Cystitis), welche in Folge excessiver Empfindlichkeit und Reizbarkeit der Schleimhaut jede externe Behandlung in

Form von Injectionen und Durchspülungen unmöglich machen.

2. **Acute Exacerbationen und Complicationen** (Cystitis, Urethritis poster., Prostatitis, Epididymitis) mit Erscheinungen heftiger entzündlicher Reaction, Schmerzanfällen und Haematurie, von Dysurie, Strangurie, Tenesmus vesicae, Cystospasmus, wobei unter dem Einflusse der ausgesprochen antiphlogistischen, antispasmodischen und sedativen Functionen des Salosantal eine baldige auffallende Linderung der subjectiven Beschwerden eintritt.
3. Fälle von chron. Blasenkatarrh mit alkalisch-ammoniakalischer Harnzersetzung, Bakteriurie, Pyurie, ebenso wie Formen chron. Cystitis mit saurer Urinreaction, vornehmlich im Gefolge chronischer G., event. von Tuberculose.
4. In allen Fällen von G. bösartigen, renitenten Charakters als wichtiges Adjuvans einer systematischen localen Therapie.

(Therap. Monatshefte 1898 No. 5.)

— Bei 105 Fällen von G. benützte O. Horwitz mit raschem Erfolge folgende **Composition von Methylenblau und Balsamicis**:

Rp.

*Methylenblau* 0,1

*Ol. Santal.* 0,2

*Bals. copaiv.* 0,2

*Ol. Cinnam. gtt. I.*

D. t. dos. ad caps, No. 20.

(The Philadelphia Poliklinik 1898 No. 8. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 24.)

— **Itrolinjectionen bei acuter G.** sind nach Dr. O. Werler (Berlin) nur dann wirksam, wenn man folgende Vorschriften beachtet:

1. Die Itrolinjectionen sind so frühzeitig wie möglich zu beginnen.
2. Sie werden 4—5 Mal binnen 24 Stunden vorgenommen.
3. Sie werden bei G. der vorderen Harnröhre mit einer Spritze von 6—8 ccm Inhalt ausgeführt.

4. Sie verbleiben 10 Minuten in der Urethra, nach vorausgegangener Reinigung derselben mit einer halben Spritze der Injectionsflüssigkeit.
5. Sie müssen anfänglich sehr schwach (0,02:200,0), sodann beim Nachlassen der Entzündung allmählig stärker verschrieben werden, bis zur höchsten Concentration 1:3800.
6. Sie sind lauwarm zu appliciren.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 16.)

- **Protargol bei gonorrhöischen Ophthalmieen** hat Prof. Darier (Paris) schätzen gelernt. In Folge der absoluten Reizlosigkeit des Mittels konnte er bis zu 50%igen Lösungen gehen, ohne je unangenehme Nebenwirkungen zu erleben. Für gewöhnlich bedient man sich der 5%igen Lösung, die von den Angehörigen dem Pat. 2—4 Mal täglich eingeträufelt werden kann, was bei leichten conjunctivalen Reizzuständen auch durchaus genügt, bei schwereren Processen aber zur Unterstützung der vom Arzt täglich auszuführenden Touchirungen dient. Letztere werden mittelst eines Pinsels mit 20—50%igen Lösungen gemacht. Bei gonorrhöischer Blennorrhö speciell muss man 2 Mal täglich mit der 20%igen Lösung pinseln, und kommt man nicht zum Ziel, mit 50%iger, die bei schweren oder veralteten Formen besser sofort benützt wird. Wird die Absonderung geringer, pinselt man seltener. Auch bei Betheiligung der Hornhaut kann man die Conjunctivitis weiter so behandeln. Auch bei Dakrycysto-blennorrhö hat sich Protargol als ein wirksames Mittel zur Bekämpfung der eitrigen Secretion erwiesen (Auspülungen mit 10%iger Lösung). Prophylaktisch können beim Neugeborenen endlich statt des Argent. nitric. 10—15%ige Lösungen von Protargol benützt werden.

(Ophthalmolog. Klinik 1898 No. 7.)

- **Einen Fall von Gonitis gonorrhöica** beobachtete P. P. Michailow. Bei einem 5jährigen Mädchen begann 2 $\frac{1}{2}$  Wochen nach dem Auftreten einer eitrigen Vulvovaginitis das linke Kniegelenk zu schwellen und wurde sehr schmerzhaft. Dieses mit hohem Fieber remittirenden Charakters verlaufende acute Stadium ging alsbald in

ein subacutes über, und nach einigen Wochen erfolgte vollständige Heilung. Im Scheidensecret fand sich der Gonococcus, in der eitrigen Functionsflüssigkeit des Gelenks nicht, doch pflegt hier ein negatives Resultat häufig vorzukommen. — Arthritis gonorrhoeica sah ferner A. Ssokolow beim Neugeborenen. Hier waren das linke Radiocarpalgelenk und die linke Coxa befallen; daneben bestand Conjunctivitis blennorrhoeica mässigen Grades. Verlauf relativ mild; nach 4 Monaten völlige Heilung. Die Mutter war an den Genitalien gonorrhoeisch afficirt und war 8 Tage vor der Entbindung an heftiger Gonitis erkrankt, die sich äusserst langsam besserte.

(Dietekaja Medicina 1898 No. 1. —  
Revue der russischen medic. Zeitschriften 1898 No. 4.)

**Hemicranie.** Einen Fall von H. mit Augenmuskellähmung stellt Dr. Karplus vor. Vater der 11jährigen Pat. leidet an H. mit visueller Aura. Pat. selbst hat seit 3 Jahren Anfälle von linksseitiger H. mit Erbrechen,  $\frac{1}{2}$ —4 Tage anhaltend. Zu Beginn oder während dieser Anfälle stellte sich von Anfang an meistens eine complete linksseitige Ptosis ein, welche die H. manchmal mehrere Tage überdauerte. Darauf war Pat. vollkommen gesund, bis nach 1—4wöchentlicher Pause ein neuer Anfall eintrat. Seit  $\frac{1}{2}$  Jahr fällt der Mutter auf, dass das linke Auge der Pat. auch zwischen den Anfällen kleiner ist. Seit ungefähr ebenso langer Zeit sieht Pat. dauernd doppelt. Von objectiven Symptomen finden sich geringe Parese des linken Levator palpebr. super. und vollkommene Lähmung des linken Rectus super. und Obliquus infer. Linker Bulbus nach unten und etwas nach aussen abgewichen, kann über die Horizontale weder nach innen oben, noch nach aussen oben gehoben werden. Gekreuzte Doppelbilder mit beim Blick nach aufwärts zunehmender Höhendistanz. Die übrigen äusseren und inneren Augenmuskeln des linken Auges, sowie der gesamte übrige Befund normal. — Der Fall gehört zu jener Gruppe, die man periodische Oculomotoriuslähmung benennt. Bei der Beurtheilung jedes solchen Falles hat man sich zunächst zu erinnern, dass 2 typische

Fälle mit Sectionsbefund vorliegen; beide Male fand man als primäre Krankheitsursache basale, wahrscheinlich angeborene, am Oculomotorius sitzende Tumoren, und die H. war zweifellos eine symptomatische. Einer einheitlichen Auffassung sämtlicher Fälle von periodischer Oculomotoriuslähmung stehen grosse Schwierigkeiten im Wege. So wurde auf der Krafft-Ebing'schen Klinik ein Fall beobachtet, in welchem zwischen den einzelnen Attaquen neben Lähmung des Rectus super. an demselben Auge reflectorische Pupillenstarre ohne Pupillenerweiterung als dauernder Lähmungsrest beobachtet wurde, sodass man zur Annahme eines nuclearen Sitzes der Erkrankung gedrängt wurde. Auch im obigen Falle wird man wohl die Krankheitsursache in die Kerngegend zu verlegen haben. Doch könnte man ja auch an genuine Migräne denken und den Augenmuskellähmungen nur secundäre Bedeutung zumessen. Die Augenmigräne des Vaters der Pat. legt einen solchen Gedanken nahe. Sicher giebt es Fälle von genuiner Migräne mit Ptosis, die als corticales Phänomen aufgefasst werden konnte. Eine isolirte Lähmung einzelner Aeste oder aller Aeste des Oculomotorius, den Levator palpebrae ausgenommen, müsste in einem Falle von H. auf Circulationsstörungen an der Basis oder in der Kerngegend bezogen werden. Durch Hysterie kann so etwas kaum hervorgerufen werden. Vollkommen einwandfreie Beobachtungen über hysterische Lähmung einzelner Augenmuskeln liegen nicht vor. Stets ist auch an Lues zu denken! Im obigen Falle glaubt Autor einen langsam sich entwickelnden Process in der Kerngegend des linken Oculomotorius diagnosticiren zu können.

(Verein f. Psychiatrie u. Neurologie in Wien, 10. Mai 1898. — Wiener klin. Wochenschrift 1898 Nr. 21.)

--- **Methylenblau** bei H., nervösem Kopfschmerz und verwandten Zuständen kann E. Thomson auf Grund mehrerer Fälle warm empfehlen. Derselbe verschrieb das Mittel, wie Lewy:

**Rp.**

*Methylenblau (Merck)*  
*Muskatnuss* aa 0,1.

D. ad caps. gelatin.

Oft verschwand die H. schon nach 1 Kapsel, event. nach einigen weiteren Dosen (2—3 Mal tägl. 1 Kapsel). Nebenwirkungen ausser Grünfärbung des Harns wurden nur ganz vereinzelt gesehen (1 Mal Harndrang, 1 Mal Erbrechen).

(Dorpater medic. Gesellschaft, 18. März 98. —  
St. Petersburger medic. Wochenschrift 1898 No. 22.)

— Als sehr wirkungsvoll bei H. wird folgende **Composition** empfohlen:

**Rp.**

*Chinin. valerian. 1,0*

*Coffein. citr. 0,5*

*Extr. Cannab. ind. 0,1.*

F. pill. No. X.

S. 2—3 Pillen Tags über zu nehmen.

(Quebec Revue méd., 16. II. 98. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 24.)

**Neuralgien.** Antipyrin bei Ischias wandte Dr. Kühn (Neuenahr) bei 4 schweren Fällen mit bestem Erfolg an. Er injicirte von einer Lösung von Antipyrin, Aq. dest. aa mehrmals täglich 1 Spritze in der Art, dass er die Nadel in der Mitte zwischen Tuber ischii und Trochanter major etwas unterhalb der Verbindungslinie dieser beiden Punkte senkrecht in die Musculatur einstach. Man konnte so annehmen, besonders bei Benützung einer langen Nadel, dass man die Lösung auch wirklich in den kranken Nerv brachte, was auch der Erfolg bestätigte, indem sehr bald die Pat. von ihren Beschwerden befreit waren.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1898 No. 20.)

— Ueber die therapeutischen Resultate des Salophens bei N. und anderen Affectionen kommt Dr. R. Drews (Hamburg) auf Grund eigener Beobachtungen und der Litteratur zu folgenden Schlüssen:

1. Das Salophen ist ein vollständig unschädliches Mittel, welches in täglichen Dosen von 3—6 gr lange Zeit hindurch gereicht werden kann. Grössere Dosen sind möglich, da sie nicht von dem Organismus ausgeschieden werden. Gullichmann reichte ohne Nebenwirkungen 3 Monaten an eine

2. Da es geruch- und geschmacklos ist, ist die Verabreichung eine sehr einfache (als Pulver, als *Tablettaa compressae* mit *Amylum* oder Milchzucker oder als Pillen). Es kann auch als Schachtelpulver messerspitzenweise gegeben werden.
3. Das Salophen passirt den Magen unverändert und verursacht keine gastrischen Störungen, andererseits ist die Spaltung desselben im Darm in Salicylsäure und Acetylparaamidophenol eine so langsame, dass der Organismus zwar unter einer fortdauernden Einwirkung der Salicylsäure in *statu nascendi* steht, aber nicht eine Anhäufung der Salicylsäure im Organismus stattfindet, welche Nebenwirkungen auf das Nervensystem veranlassen kann. Das Salophen ist also frei von Nebenwirkungen.
4. Das Salophen ist ein sehr gutes Antirheumaticum: es wirkt auf den acuten und subacuten Gelenk- und Muskelrheumatismus ebenso gut wie die Salicylsäure resp. das salicylsaure Natron, zeichnet sich vor diesen aber dadurch aus, dass es frei von Nebenwirkungen ist.
5. Auf den chronischen Gelenkrheumatismus wirkt das Salophen nicht energischer als die übrigen gebräuchlichen Medicamente.
6. Das Salophen ist ein sehr gutes Antineuralgicum und Analgeticum: bei Kephhalalgien, Migräne, Odontalgien, Facialis- und Trigeminus-Neuralgien, Intercostalneuralgien, Ischias und bei der nervösen Form der Influenza.
7. Das Salophen hat einen guten Erfolg bei der Behandlung der Chorea.
8. Das Salophen hat eine sehr gute Einwirkung auf gewisse mit Jucken begleitete Hautaffectionen: Prurigo, Urticaria, Pruritus durch Diabetes und Ekzeme und bei Psoriasis.

(Therap. Monatshefte 1898 No. 3.)

— **Einen seltenen Fall von Herpes zoster als Symptom einer acuten Neuralgie des Trigeminus** beschreibt Dr. Teufel (Wildbad): Patientin war eine blutarme, in Folge tuberculöser Spondylitis und daraus entwickelter starker Kyphose klein und schwächlich gebliebene, überdies körperlichen Anstrengungen ausgesetzte Frau, die den Autor

früher wiederholt wegen Neurasthenie, nervöser Dyspepsie u. dgl. consultirt hatte. Jetzt klagte sie über heftige Schmerzen in der Stirn, der Wange, dem linken Auge und der behaarten Kopfhaut linkerseits, an welchen sie seit 2 Tagen leide, ohne dass sie einen Grund für die Erkrankung wüsste. Am übrigen Körper nichts Pathologisches. Nur die linke Hälfte der Stirn, unteres und oberes Augenlid, Jochbeingegend und linke Wange, linke Hälfte der Nase intensiv geröthet, ebenso die Kopfhaut linkerseits von der Haargrenze bis auf 10 cm nach rückwärts; die Röthung erblasste bei Fingerdruck vollkommen, kehrte aber dann ohne Pulsation sofort zurück. Sie beschränkte sich vollkommen auf die eine Seite und schnitt in der Mittellinie scharf ab. Haut äusserst warm. Bindehaut der Lider und des Bulbus intensiv injicirt, Pupille weiter, als rechts, träge reagirend. Austrittsstellen der Nn. frontalis, infraorbitalis und zygomaticus gegen Druck intensiv schmerzhaft. Genaue Untersuchung der Nase, Ohren, Mundhöhle resultatlos. Tags darauf überraschende Veränderung des Bildes: Auf der Haut der Stirn, der Wange, des behaarten Kopfes und der Nase linker Seite, welche ödematös durchtränkt und deren Falten vollständig verstrichen waren, in dicht gedrängter Menge Herpesbläschen; selbst am Bulbus und an der linken Zungenhälfte einzelne, alles scharf gegen rechts abgegrenzt. Haut noch roth, grosse Schmerzhaftigkeit und unerträgliches Brennen, noch lebhafter, als Tags zuvor, sodass Morphinum (auch wiederholt in der Folgezeit) injicirt werden musste. Ausserdem die ganze Gesichtshälfte und der ganz kurz geschorene Schädel mit 3%iger Cocainsalbe mehrmals täglich fein überstrichen, abwechselungsweise Mullstreifen mit Borsalbe bestrichen mittelst leicht comprimirenden Verbandes applicirt, ins Auge mit gutem Erfolge Sublimat (1:5000) instillirt, dann Cuprumsalbe (0,03:10,0) eingestrichen, die Mundhöhle öfters ausgespült (Tct. Myrrh., Tct. Ratanh. aa, 1 Kaffeelöffel auf  $\frac{1}{4}$  Liter Wasser). Nach etwa 14 Tagen Exanthem vollkommen abgeheilt, die Neuralgie aber bestand, wenn auch milder, fort und verlor sich erst nach langen Wochen, nach wiederholten, sehr schmerzhaften Anfällen, namentlich



im Gebiete des N. frontalis, gegen die jedoch die Application von Kältepunkten mit Chloräthyl vorzüglich wirkte (eine galvanische Behandlung, die manchmal bei Supraorbitalneuralgie sehr guten Erfolg hat, verweigerte Pat.). Die anfängliche Röthe der Haut ging in eine schmutziggraugelbe Verfärbung über, die, in scharfer Linie gegen rechts abgegrenzt, noch lange anhielt. Eine allmählig eingetretene Ptosis der linken Seite verschwand von selbst wieder. Dass es sich hier um eine vorwiegend trophische Störung des Trigeminus handelte, ist ja wohl schon angedeutet in dem acuten, mit der Entwicklung des Exanthems eingetretenen, dasselbe aber zeitlich weit überdauernden Oedem der Haut. Das während acuter Schmerzanfälle vorhanden gewesene Ohrensausen, noch mehr aber eine Herabsetzung des Geschmackvermögens während und kurz nach diesen Anfällen, dürfte wohl ebenfalls nicht allein durch wechselnde Blutanfüllung im Schädel, sondern auch durch Ernährungsstörungen centraler Natur im engeren Sinne zu erklären sein. Für die trophische Natur sprach ausserdem auch das auf die erkrankte Parthie des behaarten Schädels beschränkt gebliebene, aber massenhafte Ausfallen der Haare. Die Vielseitigkeit der Erscheinungen: gleichmässiges Auftreten des Exanthems im Gebiete des I., II. und III. Astes des Trigeminus, die gleichmässige Schmerzhaftigkeit jener 3 Nerven, die Gehörs- und Geschmacksstörung, legen den Gedanken nahe, dass hier weniger der Trigeminus selbst in seinem Stamme, als vielmehr das Ganglion Gasseri von der Erkrankung ergriffen war.

(Medic. Correspond.-Blatt des Württemb. ärztl. Landesvereins 1898 No. 22.)

- Brown sah in der letzten Zeit **typische N. bei Radfahrern und Radfahrerinnen**; bei ersteren meist Schmerzen an den Testikeln und am Scrotum, Anästhesieen oder Hyperästhesieen am Perineum, Anästhesie des Penis (1 Mal mit Beschwerden beim Urinlassen), bei letzteren Par-, An- und Hyperästhesieen und selbst Schmerzen in der Umgebung des Anus. Diese Affectionen hängen zum Theil von der Art des Sattels, zum Theil von Ueberanstregungen resp. einer individuellen Disposition ab.

(British med. journ. 26./II. 98. — Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 22.)

**Syphilis.** Zur Casuistik derluetischen Rückenmarkskrank-

heiten berichtet Dr. Wittern (Kiel, medicin. Univers.-Poliklinik) über einen interessanten, eine 33jährige Frau betreffenden Fall. Pat. hatte ein Kind gehabt, nie abortirt, war nie krank gewesen, bot auch nirgends Zeichen überstandener S. Ihre jetzige Erkrankung zerfällt schon rein äusserlich in 2 durch eine Zwischenzeit von fast 2 Jahren getrennte Abschnitte, deren erster als Repräsentant für eine Leptomeningitis dorsolumbalis luetica gelten kann, während der zweite das typische Bild einer Meningomyelitis dorsolumbalis luetica bietet. Pat. erkrankte im April 1894 unter folgenden Symptomen: Druckempfindlichkeit und Steifigkeit der Wirbelsäule, heftige Schmerzen im Rücken, die gürtelförmig in die Brust ausstrahlen, Ameisenkriechen und Taubsein von den Rippenbogen bis hinab zu den Füßen; dann: Herabsetzung der Motilität der unteren Extremitäten, links mehr als rechts; ebenso Herabsetzung der Sensibilität vom Nabel abwärts, links mehr als rechts; Muskelspannung und Zittern bei passiven Bewegungen, aber auch spontan; mässige Urin- und Kothverhaltung und Erhöhung der Reflexe. Sind die ersten Symptome die classischen Zeichen einer Leptomeningitis, so erklären sich die letzteren aus einer Reizung der Wurzeln durch die geschwollene Pia. Dass es sich hier nicht um eine Erkrankung des Marks selbst handelt, kann man aus der geringen Intensität schliessen, mit der die Symptome auftreten; sie treten gegenüber den meningitischen Erscheinungen in den Hintergrund. Vor allem spricht aber dagegen die vollständige Restitutio ad integrum nach einer 14tägigen Behandlung, bestehend in Ordination von:

Rp.

*Hydrarg. bijod. 0,25**Kal. jodat. 10,0**Aq. dest. 200,0.*

D. S. 3 Mal tägl. 1 Esslöffel.

Im Jahre 1894 haben wir also das Bild einer Leptomeningitis acuta, die die linke Hälfte des Rückenmarks stärker ergriffen hat, als die rechte. Anders das Krankheitsbild im Frühjahr 1896. Heftige Schmerzen im Rücken, die anfallsweise in die untere Extremität ausstrahlen und gürtelförmig den Thorax umgeben. Gefühl

von Taubsein, Brennen und Ameisenkriechen vom Thorax bis zu den Fusssohlen; Beinmuskulatur im Zustand leichter spastischer Spannung; häufige spontane Zuckungen; krampfartige Starre der Beinmuskeln spontan und bei passiven Bewegungen; Krampf der Athemmuskulatur, die Athemnoth hervorruft. Dies Mitte Februar. Nach etwa 14 Tagen Schwäche in den Beinen, die immer grösser wird, fast bis zur vollständigen Paraplegie, links stärker als rechts; Urinretention und Stuhlverstopfung; starke Erhöhung der Reflexe, Haut- wie Sehnenreflexe; Herabsetzung der Sensibilität, des Tastgefühls und der Schmerzempfindung; Hyperästhesie am Abdomen. Auch hier haben wir die meningitischen Symptome: Schmerzen im Rücken, die in die unteren Extremitäten schiessen und gürtelförmig den Thorax umspannen, Gefühl von Taubsein, Ameisenkriechen, Brennen. Ganz anders verhält es sich aber mit den Symptomen, die vorhin als Wurzelsymptome aufgefasst wurden; sie treten hier, abgesehen vielleicht von den heftigen Rückenschmerzen, in den Vordergrund: krankhafte Starre und heftige Zuckungen in der Muskulatur, dauernde spastische Spannung der Beinmuskeln, fast vollständige Lähmung der Beine, starke Erhöhung der Reflexe, Herabsetzung der sensiblen Sphäre. Hier ist die Mitbetheiligung des Markes zweifellos; in den ersten 14 Tagen wesentlich meningitische Erscheinungen, dann beginnende myelitische Parese, die sich zur Paraplegie steigert! Unter spezifischer Behandlung (Schmiercur, Jodkali) weichen zuerst die meningitischen Symptome. Schon am 10./III. sind die Rückenschmerzen fast verschwunden und am 13./III. hat das Brennen und Krabbeln in dem Haken nachgelassen, während eine Zunahme der Zuckungen in den Beinen constatirt wird. Am 25./III. sind bis auf Taubsein im Unterschenkel und im Rücken die eigentlichen meningitischen Symptome geschwunden, und es besteht nur noch Myelitis (unbeholfener Gang, Erhöhung der Sehnenreflexe, Abnahme des Tastgefühls). Erst unter weiterer Behandlung schwindet auch diese, sodass am 28./IX. nur noch geringe Spuren an die überstandene Meningomyelitis subacuta erinnern: Neigung zum Stolpern, geringe Steigerung der Patellarreflexe, zeitweiliges Kriebeln. Als Ort der Erkrankung musste der untere Theil des Brust- und der obere Theil des Lendenmarks angesehen werden; hierfür

sprach die spastische Lähmung, der Gürtelschmerz im Bereich des Thorax, die Erhöhung der Sehnenreflexe, deren Centrum im unteren Lendenmark liegt, und das Hinaufreichen der sensiblen Störungen bis etwa zum Nabel, endlich die Urinverhaltung und Obstipation, deren Centrum ebenfalls im Lendenmark liegt. Pat. bot keine Zeichen von Lues dar, auch die Anamnese sprach nicht dafür (nur der Ehemann hat früher mal eine spezifische Cur durchgemacht!), doch wurde S. angenommen. Charakteristisch dafür war die allmälige Steigerung der Lähmung der unteren Extremität, die Ungleichheit der Störungen in den Beinen, dann die grossen in dem Gebiet der gestörten Sensibilität zwischen den einzelnen Punkten bestehenden Verschiedenheiten (Schmerzempfindungen verschiedener Stellen ungleich) und vor allem der therapeutische Erfolg.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 20.)

- Ueber **Syphilis gravis** bei Aerzten lässt sich Geh. Sanit.-Rath Dr. Brandis (Burgsdorf bei Bonn) aus, sich stützend auf seine Erfahrungen aus Aachener Zeit. 10 Collegen mit S. gravis hatte er da zu behandeln Gelegenheit. Alle waren im Beruf an den Fingern (Zeigefinger oder Mittelfinger) inficirt (2 Mal bei geburtshülflichen Operationen, Todtgeburten an Frauen mit Vaginen mit stark secernirenden breiten Condylomen, 3 Mal bei Untersuchungen resp. Operationen am Mastdarm, jenen so schwer heilbaren, profus putrid secernirenden Mastdarmgeschwüren, 2 Aerzte hatten sich verletzt bei Operationen in septischer Eiterung begriffener Bubonen, 1 Arzt bei einer Knochennekrosenoperation). Man sagt häufig, dass die Infectionen am Finger einen besonders schweren Verlauf der S. bedingen. Das ist nicht richtig; denn die bei weitem grösste Zahl der vom Autor an in derselben Weise acquirirter S. behandelten Aerzte waren ebenfalls an den Fingern oder der Hand inficirt und litten doch nur an leichter oder mittelschwerer S. Bei jenen 10 war der Verlauf ein ausserordentlich stürmischer. Am Ende einer häufig bis über 4 Wochen verlängerten Incubation entstand ein Geschwür am Finger, welches sich rasch ausbreitete und schwer heilte. Mehrmals kam es einige Zeit darauf zu vereiternden Axillarbubonen, die operirt werden mussten. Dann folgten tiefe Rachengeschwüre oder es entstanden

Rupiaausbrüche oder kreisrunde, wie durch ein grosses Locheisen ausgeschnittene Hautnekrosen, welche nach Abstossung des Hautstückes tiefe, übel secernirende Geschwüre hinterliessen. Auch Nekrosen der Röhren- und Nasenknochen stellten sich rasch ein, welche Monate und Jahre fort dauerten. Dazu, meist sogar schon einige Zeit vorher, bestand hohes septisches Fieber (Schüttelfröste, steile Curven, rascher Kräfteverfall), das allen Antipyreticis widerstand und, wenn auch nicht continuirlich, Monate, ja Jahre bestand, sodass die Pat. bisweilen dem Tode nahe, jedenfalls aber ihrem Berufe entzogen waren. Alle aber wurden geheilt, wenn auch erst nach langen, häufig wiederholten Curen. Das Fieber wich erst, wenn die Pat. genug Mercur und Jodkali genommen hatten, und es trat dann Vernarbung ein; die Heilung blieb bestehen und die Pat. waren ihrem Beruf dauernd wiedergegeben. Höchst merkwürdig war es, dass bei allen Pat. die richtige Diagnose viel zu spät gestellt worden war, obwohl die besten Collegen, selbst Autoritäten die Behandlung übernommen hatten. Erklärt wird das dadurch zum Theil, dass die specifischen Fingergeschwüre, besonders, wenn sie an der Nagelwurzel sitzen, oft der charakteristischen Härte entbehren, dann war auch die auffallende Länge des Incubationsstadiums irritirend, um so mehr, als die Pat. sich bewusst waren, auch sonstigen Infectionen ausgesetzt gewesen zu sein, z. B. bei Sectionen oder Operationen an septischen Körpertheilen, sodass man länger, als gut, schwankte, ob es sich um septische oder syphilitische Infection handelte und ob es gerathen sei, in Anbetracht des Fiebers und des rasch zunehmenden Kräfteverfalls eine energische specifische Cur durchzuführen. — Aus diesen Fällen haben die Aachener Aerzte Lehren gezogen. Zunächst Vorsicht! Bei verdächtigen Untersuchungen und Operationen (besonders von Bubonen!) Handschuh! Wichtiger aber ist das Folgende: Jene schweren, mit hohem Fieber einsetzenden syphilitischen Processe waren, da sie unmittelbar nach beendigter Incubation ihren Anfang nahmen, Frühformen; und auch bei vielen anderen Pat. mit schweren ulcerativen und nekrotischen Processen, die Autor erst nach mehrjährigem Bestehen in Behandlung bekam, ergab die Anamnese, dass sie wäh-

rend des 1. Jahres, auffallend häufig nach einer längeren, unerklärt gebliebenen Fieberperiode entstanden waren. Man muss hier möglichst früh die Diagnose zu stellen suchen! Fieber und Kräfteverlust bilden in solchen Fällen keine Gegenanzeigen für energische Mercur- und Jodkalicuren, sondern sie erheischen dieselben vielmehr dringend! Ferner: Wenn eine vollkommene Heilung gelingt in Fällen, wo die Heftigkeit und lange Dauer der S. zu langen und häufigen Curen zwingen, so folgt daraus, dass wir nach derselben Regel verfahren müssen in allen übrigen Fällen von S. Es ist also unsere Pflicht, unsere Pat. darauf aufmerksam zu machen, dass sie Alles daran setzen müssen, die definitive Heilung ihrer S. innerhalb der ersten 2—3 Jahre zu vollenden, indem sie während dieser Zeit in regelmässigen Absätzen selbst ohne äussere Veranlassung sich einer mercuriellen Cur unterziehen; Schaden davon hat Autor nie gesehen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1898 Nr. 21.)

- Einen interessanten Fall von Hirnlues, welcher zeigte, dass trotz ausgedehntester Zerstörung der grossen Ganglien und der anliegenden Gehirnparthieen die objectiven Erscheinungen sehr geringfügig sein können, beschreibt Dr. O. Reichel (Wien, k. k. Allgem. Krankenhaus): Ein 22jähriger Postamtsdiener inficirte sich April 1896. Trotz specifischer Behandlung traten 5 Monate nach dem Primäraffecte Erscheinungen von Seiten des Nervensystems auf in Form von intensiven Kopfschmerzen, zunehmender Benommenheit, Parese des linken Facialis, Hypoglossus und spastische Parese der linksseitigen Extremitäten. Unter energischer antiluetischer Therapie gingen diese Erscheinungen nach 2 Wochen grösstentheils zurück bis auf geringe Schwäche der linken Körperhälfte, welche aber Pat. nicht hindert, seinen Beruf bis April 1897 ungestört auszuüben. Zu dieser Zeit erkrankt er plötzlich abermals unter den Erscheinungen von Aphasie, zunehmender Somnolenz, rechtsseitiger Lähmung, während linkerseits, also auf der früher paretischen Seite Krämpfe

ausgelöst werden (offenbar als Ausdruck der allgemeinen intracraniellen Drucksteigerung). Dieser 2. Attaque erliegt der Kranke, 1 Jahr nach dem Primäraffect. Die Sectionsdiagnose lautete: Endarteriitis syphilitica der Arter. fossae Sylvii beiderseits und des Anfangstückes der Arter. corporis callosi beiderseits; wandständige Thrombose der rechten und obturirende der linken Arter. fossae Sylvii; ältere Erweichungen in den grossen Ganglien der Insel und des Operculum rechterseits, eine frische Erweichung dieser Gebiete linkerseits; lobuläre Pneumonie rechts, parenchymatöse Degeneration der Leber und Nieren. Von September 1896 bis April 1897 hatte trotz ausgedehnter Zerstörung der grossen Ganglien, der Insel und des Operculum rechterseits nur eine geringgradige linksseitige Schwäche bestanden, die die Ausübung des Berufes als Postamtsdiener nicht hinderte! — Der Fall war auch bemerkenswerth wegen des so frühzeitigen Exitus. Neumann hat derartige Fälle von Exitus durch Hirnlues im Frühstadium der S. zusammengestellt und das häufige Auftreten der Endarteriitis des Centralnervensystems in den 2 ersten Jahren nach der Infection betont. Es handelt sich in der Frühperiode immer um Gefässerkrankungen, Gummata kommen erst in der Spätperiode zur Entwicklung.

(Wiener medic. Presse 1898 No. 19.)

- Einen Pat. mit **Primäraffect am Zahnfleisch** zeigte Bruhns. Jener war in der Charité in Behandlung gewesen und hatte dort eine von einem Syphilitiker mit Lippenulcerationen angerauchte Cigarette weiter geraucht, wodurch die Infection zu Stande kam.

(Berliner dermatolog. Gesellschaft, 1./III. 98. — Dermatolog. Centralblatt 1898 No. 8.)

- **Oberflächliche Producte der S. an der Mund- und Rachenschleimhaut** werden nach Dr. A. Kirstein (Berlin) durch keine örtliche Behandlung so günstig beeinflusst, als durch Bepinselung mit 5%iger Sublimatlösung.

(Therap. Monatshefte 1898 No. 5.)

- Gegen **Alopecia syphil. oiliaris** empfiehlt Monin:

Rp.

*Pilocarpin.* 0,05  
*Hydrarg. praec. alb.* 0,25  
*Vaselin. flav.* 15,0.

S. Erbsengross auf die Lider zu reiben.

(New York Med. Journ. 1898. — Dermatolog. Centralblatt 1898 No. 9.)

— Das von Kobert eingeführte **Haemol. hydrargyrojodat.** wandte Dr. Jordan (Moskau) bei 7 Fällen an; er ordinarie:

Rp.

*Haemol. hydrargyrojod.* 8,0  
*Extr. et pulv. Liq. q. s.*  
*ut f. pill. No. 50.*

S. Täglich 6—10 Pillen in allmählig steigender Dosis.

Das Mittel wurde recht gut vertragen, es hob den Allgemeinzustand in trefflicher Weise, aber gegen die S. selbst wirkte es so langsam, dass zu anderen Mitteln gegriffen werden musste. Es ist also nur bei leichter S. zu benützen, sonst ist es bei anämischen Pat. mit S. besser, Hämol für sich allein und daneben die üblichen Specifica zu geben.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1898 No. 20.)





## Vermischtes.

---

- Ueber Täuschungen bei der Auscultation der Lungen sprach Treupel. Bekannt ist das sogen. Haarknistern. Auscultirt man über einer behaarten Stelle des Thorax, so kann durch die Verschiebung der Haare unter dem Stethoskop ein mit der Respiration synchronisches Knistern gehört werden, das seinem Charakter nach von dem bei einer wirklichen Erkrankung der Lunge als Crepitatio indur und redux auftretenden Knistern nicht zu unterscheiden ist, nur dadurch also ausgezeichnet ist, als es in beiden Athmungsphasen oder nur im Expirium gehört wird, während die Crepitatio indur und redux fast ausschliesslich im Inspirium auftritt. Ein ähnliches Geräusch entsteht nicht selten, wenn man das Stethoskop auf lappig angeordnetem Fettgewebe (z. B. Mamma) aufsetzt. Wichtiger sind die durch Muskelbewegungen hervorgerufenen Geräusche, um so mehr, als sie, zum Theil von Rassel- und knackenden Geräuschen nicht unterscheidbar, gerade bei der ohnehin schon heiklen Auscultation der Lungenspitzen auftreten. Zu Stande kommen sie dadurch, dass sich einzelne Muskelbündel, sei es durch Bewegungen des Stethoskops, sei es durch die Excursionen der Thoraxwand bei der Athmung, unter dem Rande des Stethoskops knackend verschieben. Andere Geräusche, die rauhes und unreines Athmen oder eigentliche Rasselgeräusche vortäuschen, entstehen im Cucullaris in Folge seiner Mitwirkung bei der Athmung. Und endlich kommen Muskelgeräusche, oft in sehr ausgedehntem Maasse, durch fibrilläre Contractionen in den Muskeln zu Stande, wenn die Pat. in Folge der Entblössung frieren oder sonstwie zittern. Solche Geräusche können bereits hörbar sein zu einer Zeit, wo von Zittern in den Muskeln noch nichts zu sehen ist, was wohl

zu beachten ist. Um vor Täuschungen dieser Art sich zu sichern, muss man die Athmung eine Zeit anhalten lassen; die Muskelgeräusche werden dann weiter wahrgenommen. Wie wichtig die Kenntniss solcher Täuschungen ist, zeigt aber z. B. folgender Fall: Die 27jährige Pat. ist seit 3 Jahren an Husten und spärlichem Auswurf, in dem zeitweilig helles Blut gewesen sein soll, erkrankt. Es war eine Spitzenaffection diagnosticirt worden. Bei der Auscultation hörte man jetzt über beiden Spitzen, besonders über der rechten, „Rasselgeräusche“. Noch ehe indessen die Auscultation beendet war, trat zunächst auf den hinteren oberen Parthiesen des Thorax beschränktes Zittern auf, das sich alsbald bis weit nach unten verbreitete. Man hörte jetzt, auch wenn die Athmung vollkommen sistirte, zahlreiche „Rasselgeräusche“ über beiden Spitzen und hinten bis zum Angulus scapulae hinab. Hierzu kam noch eine 2. Täuschung, das Vorhandensein von typischem Bronchialathmen über den Spitzen, besonders rechts. Bei genauerem Zusehen zeigte sich, dass Pat. mit offenem Munde und stark keuchend geathmet hatte. Nachdem dies corrigirt, ergab sich durchaus normales Athmen. Es musste sich um nervösen, hysterischen Husten handeln! Tuberkelbacillen fehlten ebenfalls bei wiederholter Untersuchung, wohl aber constatirte man Hypästhesie resp. Analgesie der rechten Seite, sowie concentrische Gesichtsfeldeinschränkung; auch will Pat. vor 2 Jahren in Folge eines „Magengeschwürs“ schon öfters Blut ausgeworfen haben. Also auch das blutige Sputum jedenfalls hysterisch oder durch kleine Blutungen im Pharynx in Folge des explosiven Hustens entstanden! — In der Discussion bestätigte Bäumler das Gesagte. Auch er hat namentlich jene Täuschungen durch Contraction des Cucullaris oder durch Verschieben des Stethoskoprandes über einzelnen gespannten Muskelfasern erlebt. Intermittirende Zuckungen entstehen meist unwillkürlich durch Aufregung. Ein sehr deutliches Pseudorasselgeräusch entsteht auch durch Schlucken. Um sich vor Täuschungen zu bewahren, lässt man auch husten, wobei die wirklichen Rasselgeräusche deutlicher werden. Das Pseudoknisterrasseln kann auch auf nicht behaarter Haut durch minimale Verschiebungen des Stethoskops entstehen. Dies beobachtete Autor z. B. an einem Stethoskop mit lackirtem

Trichter; beim Ansetzen bildeten sich leichte Verklebungen auf der Haut, die sich beim Verschieben lösten.

(Verein Freiburger Aerzte, 17./XII. 97. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 12.)

- Ueber Mydriatica mit kurzer Wirkungsdauer unter besonderer Berücksichtigung des Euphthalmin lautet eine Mittheilung von Dr. P. Schneider (Augenklinik Göttingen). Auch der erfahrene Ophthalmoskopiker wird in die Lage kommen, zu einem Mydriaticum greifen zu müssen, wenn die Pupille, wie z. B. bei alten Leuten so oft, sehr eng ist oder die brechenden Medien eine geringe Durchsichtigkeit besitzen oder, wenn es sich darum handelt, sehr weit nach vorn gelegene Theile des Fundus oder die Peripherie der Linse zu inspiciren. Als Ideal eines solchen Mittels wäre ein solches anzusehen, das rasch die Pupille erweiterte, dabei die Accommodation nicht beeinflusst und dessen Wirkung nach kurzer Zeit wieder verschwunden wäre, ohne irgendwie dem Auge und dem Gesamtorganismus zu schaden. Nach diesen Grundsätzen betrachtet Autor die gebräuchliche Mydriatica in Bezug auf die in der Göttinger Klinik gemachten Erfahrungen. 1. **Homatropin. hydrobromat.**, früher sehr viel verwendet, jetzt durch andere verdrängt. Lösung von 0,1 ad 10,0 (unter Zusatz von Sublimat 1:1000), 3 Mal in 3minütlichen Intervallen instillirt. Beginn der Mydriasis etwa 20—25 Minuten später, erreicht ziemlich hohen Grad. Jedoch dabei Lähmung der Accommodation, die erst nach 24 Stunden geschwunden ist. Ausserdem Möglichkeit der Steigerung des intraocularen Druckes (daher cave bei Verdacht auf Glaukom!). 2. **Cocain. hydrochloric.**, 4%ige Lösung, 1 Tropfen von 5 zu 5 Minuten. Nach 25—30 Minuten genügende Mydriasis. Dieselbe nicht sehr bedeutend, auch Pupille nicht immer gleichmässig rund, sondern bisweilen excentrisch, unregelmässig. Accommodation nur wenig beeinflusst. Dauer der Mydriasis verschieden, oft nur 50 Minuten, stets Pupille nach 2 $\frac{1}{2}$  Stunden normal. Keine Vermehrung der Spannung im Auge, ja eher das Gegentheil (also bei Glaukom anwendbar!); dagegen manchmal circumscripte Lockerung und Abhebung des Hornhautepithels, sowie leichtere Gewebstrübungen (bei Vorsicht, d. h. dauernder Application

eines feuchten Lappens nach jeder Einträufelung wenig zu fürchten!). 3. **Ephedrin. hydrochloric.** Viel Vorzüge vor 1 und 2. Zweckmässig folgende Lösung:

Rp.

*Ephedrin. mur.* 1,0

*Homatropin. hydrobrom.* 0,01

*Aq. dest.* 10,0.

Nach Einträufelung von 3 Tropfen schon nach 8—10 Minuten Erweiterung; Maximum nach  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  Stunde. Mydriasis mittelstark (Durchmesser der Pupille 5—6 mm), Pupillenreaction gänzlich aufgehoben. Accommodation durch Ephedrin nicht beeinträchtigt, durch das Homatropin geringe Hinausschiebung des Nahepunktes ohne Alteration der Beschäftigung in der Nähe. Schon nach 1 Stunde Rückgang der Mydriasis, nach 4 bis 5 Stunden total verschwunden. Keine Erhöhung des intraocularen Druckes, keine Nebenwirkungen. Relativ theuer (obiges Recept M. 3,40). 4. **Euphthalmin,** das jüngste Mittel, durchaus geeignet, die anderen ganz zu verdrängen. Am besten 5%ige Lösung von Euphthalmin. hydrochloric. (Schering, Berlin). Exempel der Wirkungsweise: 9jähriger Knabe; beiderseits E. S. =  $\frac{5}{4}$ ; normales Auge. Pupille  $2\frac{1}{2}$  mm weit; Accommodation = 18—20 D. 3 Tropfen einer 5%igen Lösung von Euphthalmin in Zwischenräumen von 3 Minuten. Nach  $\frac{1}{4}$  Stunde Pupille schon 3 mm; reagirt noch prompt. Nach 25 Minuten Accommodation auf 5 D. gesunken.  $\frac{1}{2}$  Stunde nach Einträufelung des letzten Tropfens Pupille 6 mm, Reaction fast aufgehoben, Accommodation 3 D. Nach  $\frac{3}{4}$  Stunden Pupille  $6\frac{1}{2}$  mm, Reaction weg, Accommodation 2 D. Nach  $1\frac{3}{4}$  Stunden Accommodation 3,5 D., Reaction = 0. Nach 2 Stunden Pupille 6 mm, leichte Reaction. 1 Stunde später Pupille 4 mm, Reaction fast normal, Accommod. 16 D. Nach im Ganzen  $4\frac{1}{2}$  Stunden Pupille auch normal. Anderer Fall: 13jähriges Mädchen. Beiderseits E. S. =  $\frac{6}{6}$ , sonst normales Auge. Pupille 3 mm; Accommod. normal (punct. proxim. in 5,5 cm). 3 Tropfen einer 5%igen Lösung (wie oben!); ebenso wie dort kein Brennen. Nach  $\frac{1}{2}$  Stunde Pupille 7 mm, noch leichte Reaction; Accommod. 4 D. Nach weiteren 10 Minuten Pupille reactionslos, noch 7 mm. Nach  $\frac{3}{4}$  Stunden (im Ganzen) Accommod. wieder 9 D., Pupille reactionslos, 7 mm, Bulbus blass, Spannung nicht alterirt. Nach einer weiteren

$\frac{1}{2}$  Std. Pupille 6 mm. So bleibt sie ca.  $\frac{3}{4}$  Std., während Reaction langsam wieder eintritt und Accommod. auf 11 D. steigt. Nach  $4\frac{1}{2}$  Std. alles wieder normal. Bei älteren Leuten war die Wirkung gleichfalls zufriedenstellend, freilich tritt Mydriasis etwas später und nie so maximal ein (doch bei vielen Fällen von Cataracta senilis zum Theil sehr alter Leute durchaus genügende Erweiterung). Beispiel: 40jährige Frau. Beiderseits + 0,5 S. =  $\frac{5}{6}$ ; Ophth. normal. Pupille 2 mm, Accommodation 5 D. 3 Tropfen 5%iger Lösung. Nach  $\frac{1}{4}$  Std. Pupille unverändert, Reaction prompt, Accommod. die gleiche. Nach  $\frac{1}{2}$  Std. Pupille  $3\frac{1}{2}$  mm, Reaction viel träger. Nach 1 Std. Pupille  $5\frac{1}{2}$  mm, keine Reaction, Accommod. 3 D. Keine Beschwerden, keine Röthung, keine erhöhte Spannung. Nach  $1\frac{1}{2}$  Std. Accommod. 4,5 D., Pupille  $5\frac{1}{2}$  mm, noch keine Reaction. Nach  $2\frac{1}{4}$  Std. wieder prompte Reaction, Pup.  $4\frac{1}{2}$  mm, Accommod. normal. Nach 4 Std. Pupille ganz normal. Also ein recht brauchbares Mittel, bei dem nur freilich, wenn auch kurze Zeit nur, Accommodationsbeeinflussung eintritt, und noch ziemlich theuer (1 gr M. 5).

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1898 No. 6.)

- In Betreff der Anwendung des **Pyramidon** bei **Nervenkrankheiten** theilt Dr. R. Laudenheimer (Leipzig, psychiatr. u. Nervenclinic) seine Erfahrungen an über 100 Kranken mit. Bei dem Kopfweg in der Reconvalescenz mancher Psychosen nützte das Mittel (0,3—0,5) fast stets (nach  $\frac{1}{2}$  Stunde Wirkung, aber bisweilen erst nach 1—2 Stunden). Ebenso bei den Kopfbeschwerden der Alkoholiker (insbesondere nach Ueberstehen des Delirium tremens), sowohl dem localisirten neuritischen „Kopfreissen“, wie bei dem mehr vagen „Kopfdruck“, Eingenommensein etc. Die Druckempfindlichkeit der Nervenstämme wurde in der Regel während der Dauer der schmerzstillenden Wirkung (im Minimum 4, aber auch bis 10 Stunden!) herabgesetzt. Auch bei anders localisirten polyneuritischen Beschwerden der Alkoholiker (Wadenschmerz, Gliederreissen etc.) Erfolg zufriedenstellend. Desgleichen bei 2 Fällen von Stirnkopfschmerz bei Chorea chronica und 3 Fällen von Kopfschmerzen bei Hirntumoren. Bei Hysterie und Neurasthenie versagte das Mittel meist. Bei 2 Fällen frischer, isolirter,

schmerzhafter Schwellung des Kniegelenks mit leichtem Fieber und geringen Allgemeinerscheinungen (nicht gonorrhöisch) trat die schmerzstillende Wirkung 1 Mal schon nach 1maliger Darreichung von 0,4 prompt ein und hielt dauernd an, bei dem anderen Pat. mussten 3 Mal 0,4 gr 5 Tage gereicht werden (Gelenkschwellung ging allmählig in 1½ Wochen zurück). Bei einer sehr heftigen, traumatisch entstandenen Supraorbitalneuralgie, wo früher Migraenin (3 gr pro die) und Antifebrin (4 gr pro die) keinen Erfolg hatten, schaffte Pyramidon (früh 1 Dosis von 1,0—1,25 gr) jedesmal ein schmerzfreies Intervall von 24 Stunden und nach 4 Tagen Heilung (vorher hatte das Mittel in refracta dosi, 3 Mal 0,4 gr, versagt). Nebenwirkungen fehlten stets. Der Preis des als Antineuralgicum also recht brauchbaren Mittels ist noch ein ziemlich hoher (1 gr 40 Pf.), doch ist ja im Allgemeinen schon 0,4 der Wirkung von 1 gr Antipyrin oder Migraenin aequivalent.

(Therap. Monatshefte 1898 No. 4.)

- **Sanatogen**, eine Caseinverbindung mit 91% Stickstoffgehalt, also ein höchst concentrirtes Eiweisspräparat (das Casein wird durch Zusatz von glycerinphosphorsaurem Natron, welches die Ausnützung des Eiweisses befördert, in ein wasserlösliches Product übergeführt) hat Dr. H. Schlesinger (Frankfurt a. M.) bei einer Anzahl von Kranken geprüft. Er gab das weisse, fast geschmack- und geruchlose Pulver zu 1 Theelöffel voll auf 1 Tasse Milch (auch Cacao, Suppe). Es wurde so von den Pat. (Dilatatio ventriculi, Anaemie, Diabetes, Darmkatarrh, Phthisis etc.) auch längere Zeit hindurch gern genommen und gut (trotz event. Diarrhöe) vertragen, bewirkte auch mehrmals eine Gewichtszunahme. Es gelang, einen wesentlichen Theil des täglichen Eiweissbedarfes mit dem Mittel in bequemer Weise zu decken, und wird dasselbe da, wo bei mangelndem Appetit eine reichliche Darreichung von Eiweiss indicirt ist, in mässigen Dosen (10—20 gr pro die, event. aber auch mehr) längere Zeit hindurch anstandslos gegeben werden können und günstige Ernährungsergebnisse zeitigen.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No 23.)

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**№ 12.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**  
aus der gesammten Fachlitteratur  
**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**  
*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graczer in Sprottau.*  
Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*September*

*VII. Jahrgang*

*1898*

---

**D**ie früher erschienenen sechs Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

**Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.**

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen!

---

**Angina.** Zur Frage der Complicationen der A. theilt S. Gossew Folgendes mit: In einer Familie, die aus 5 Mitgliedern bestand, entwickelte sich bei einem 8jährigen Knaben im Verlaufe einer A. lacunaris Erythema urticatum und Herpes der Lippen, bei der 12jährigen Schwester desselben acute Nephritis, die 6 Wochen anhielt. Auch die Mutter und ein 2jähriges Kind hatten Halsschmerzen, Fieber, Schwellung der Halsdrüsen und starken Durchfall, letzterer wahrscheinlich auch Complication der A. — Einen 2. Fall von acuter Nephritis im Anschluss an eine lacunäre A. beobachtete Autor bei einer 20jährigen Pat., Tochter eines Arztes.

(Wratsch 1898 No. 7. — Revue der Russ. medic. Zeitschriften  
[St. Petersburger med. Wochenschr.] 1898 No. 4.)

— Meyer empfiehlt bei einfacher und pseudodiphtheritischer A. Gurgelungen mit Natr. salicyl.

Rp.

*Natr. salicyl. 5,0—7,0**Aq. dest. ad 100,0.*S. 1 Esslöffel in  $\frac{1}{2}$  Glas Wasser.

Die Schmerzen schwinden rasch, die Membranen stossen sich nach 2—3 Tagen ab, wie Autor bei 300 Fällen constant beobachtete.

(4. franz. Congress f. innere Medicin. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 24.)

**Arznei-Exantheme.** Dr. W. Wechselmann (Berlin) berichtet über 5 Fälle von Antipyrin-Exanthem aus der Clientel von Prof. Köbner. Das Antipyrin-Exanthem tritt hauptsächlich in 2 Formen auf, entweder als universelles oder als mehr oder weniger streng localisirtes. Im letzteren Falle bevorzugt es bestimmte Körpergegenden, und zwar die Umgebungen der natürlichen Körperöffnungen (Mund, After, Augenlider), die Genitalien, Handrücken, Handteller, Finger, Zehen, und bei neuer Einverleibung des Mittels tritt das Exanthem gern an den schon einmal befallenen Stellen auf. Diese streng localisirten A. können, zumal wenn man die Noxe nicht kennt und der Process in Rückbildung begriffen ist, zu grossen diagnostischen Schwierigkeiten führen, besonders Verwechselung mit syphilitischen Affectionen ist leicht möglich, zumal wenn die Zahl der Herde nur gering ist, und diese lediglich an Lippen, Gaumen, Zunge, Genitalien Anus localisirt sind. Sie stellen sich dar als scharf runde oder ovale, rothe, erhabene, sich heiss anfühlende Flecke, auf welchen sich meist mehr oder weniger rapid Bläschen oder Blasen bilden; die Abheilung erfolgt je nach dem Grade der Exsudation unter lamellöser Desquamation oder Krustenbildung, manchmal mit Hinterlassung länger dauernder Pigmentirung. Auch bei den universellen Formen, die meist masernartig auftreten, lässt sich die Entstehung aus einzelnen Flecken von den geschilderten Qualitäten häufig erkennen. Oft wird die Diagnose dadurch erschwert, dass die Pat. trotz genauen Fragens den Gebrauch eines Medicaments in Abrede stellen. Antipyrin zumal wird als „völlig harmlos“ oft gedankenlos als „Hausmittel“ eingenommen und gar nicht als Medicament betrachtet. Dazu kommt, dass oft das



Exanthem nicht beim 1. Antipyriugebrauch hervortritt, sondern dass das Mittel meist ohne Schaden eine Zeit lang genommen wird, bis plötzlich auf eine gleiche Dosis hin das Exanthem erscheint und von da ab jede Einverleibung prompt mit dem Ausschlag an derselben Stelle beantwortet wird, der schon wenige Secunden oder Minuten nach Einnehmen sich in Brennen und Jucken an der betreffenden Stelle äussert, wo dann nach einigen Stunden das Exanthem selbst, manchmal unter Fieber, sich entwickelt. Die Pat. aber, selbst Aerzte, denken an alles Andere eher, als an das „harmlose“ Antipyrin. — Die 5 Fälle nun waren folgende: 1. 36jähriger Herr, der seit Jahren Antipyrin in Grammdosen gebraucht und zu wiederholten Malen heftig schmerzende Blaseneruptionen an Lippen, Mund, Zunge, Penis, Scrotum, Anus bekommen hatte. Experimenti causa wieder das Mittel verabreicht; nach  $1\frac{1}{2}$  Stunden die typischen Eruptionen! 2. 40jährige Dame. Wiederholt ein Exanthem an Lippen, Zunge, Wangenschleimhaut, Lidern, Handrücken. Pat. bestreitet, ein Medicament zu gebrauchen. Erst nach genauer Inspicirung stellt sich heraus, dass sie gegen Migräne Antipyrin (1 gr) nimmt. Später, nach Einnahme von nur  $\frac{1}{2}$  gr, Exanthem an den gleichen Stellen, aber nur abortiv. 3. 62jähriger Herr, Diabetiker, seit 6 Monaten zum 5. Mal eine einzige, etwa 2 Markstück grosse, jetzt seit etwa 4 Tagen bestehende, rothe, ödematös-hämorrhagisch erhabene Scheibe auf dem linken Handrücken (die kleinen Sugillationen jedenfalls Folge von Arteriosklerose). Nur mit Mühe wird eruiert, dass Pat. jedes Mal vorher Antipyrin genommen. Nach Aussetzen des Mittels sehr langsame Resorption; längere Zeit Pigmentirung. Bei der Revision nach 3 Jahren letztere verschwunden, Exanthem nicht mehr aufgetreten, seitdem das Mittel vermieden wurde. 4. 66jähriger Herr, Diabetiker. Seit 6 Jahren 2 Mal jährlich an denselben Stellen Ausschlag. Am rechten Handrücken ein 2 Thalerstück grosser, rother, erhabener, sich heiss anführender Fleck, desgleichen an der Ulnarseite des rechten Vorderarms, am rechten Zeigefinger, ferner eine bereits in Exfoliation begriffene Stelle am linken Handrücken, eine ebensolche an der Aussenseite des rechten Oberschenkels, eine bereits abgeblasste an der Raphe scroti dicht unterhalb des Angulus penoscrotalis, an der

Unterlippe schon im Abtrocknen begriffene Bläschen. Pat., akademisch gebildet, intelligent, leugnet, nachdem auf Grund des Befundes Antipyrixanthem, unter Ausschluss einer „Diabetide“, woran man zuerst denken konnte, diagnosticirt war, jeden Antipyriugebrauch, bis sich nach genauem Examen herausstellte, dass Pat. in früheren Jahren zeitweise und seit 13 Tagen Anfangs eine Mixtur aus Digitalis und Antipyrin, in toto 3 gr, und 5 Tage später allabendlich  $\frac{1}{2}$  gr Migränin (in toto 5 gr) gebraucht hatte. 6 Wochen nach Aussetzen des Mittels noch auf dem rechten Handrücken eine mattrothe Scheibe. 5. 29jähriger Mann. Schon 4 Mal „ekzem“artiger Ausschlag am Scrotum und intra nates, das 1. Mal nach einem warmen Bade am Scrotum, intra nates und an den Oberschenkeln, zugleich mit Jucken an den Handflächen,  $\frac{1}{2}$  Jahr später an denselben Stellen, gleichzeitig aber auch rothe Flecke an der Volarseite einiger Fingergelenke. Ein Arzt diagnosticirte Syphilis, ein Specialarzt Ekzem. 3 Monate später Ausbruch an denselben Stellen. Am 1./V. 93 hatte Pat. wegen Kopfschmerz Antipyrin genommen; wenige Minuten darauf Brennen intra nates, in perineo et scroto, am folgenden Tage früh auch rothe juckende und brennende Flecke an den Volarseiten des 1. Gelenks des linken 2. bis 4. Fingers und des Basalgelenks des linken Daumens, zu welchen am 3. Tage noch 2 Flecken an der Beugeseite oberhalb des linken Handgelenks hinzutraten. An den Gelenken des 2. und 4. rechten Fingers Brennen, aber keine Flecke, am Basalgelenk des rechten Daumens aber 2 Zehnpfennigstück grosse Scheiben, desgleichen am Rücken, an den Nates, an der hinteren Oberschenkelseite, eine sehr umfangreiche Fläche intra nates, am rechten Fuss zwischen den ersten 2 Zehen, zwischen der 2. und 3. Zehe eine Blase, links nur zwischen 1. und 2. Zehe. Nach langem Examen fiel es dem intelligenten Pat. erst ein, dass er nach den Bädern wegen Kopfschmerz Antipyrin genommen! Nach Aussetzen des Mittels Abheilung ohne Pigmentirungen (nach 5 Jahren).

(Deutsche medic. Wochenschr. 1898 No. 21.)

— Einen besonderen Fall von Antipyrinnebenwirkung publicirt Dr. H. ... Eine junge Frau kam mit Klagen über ... an den Genitalien ... am Gaumen, das ... sehr stark

vergrössert, geröthet, mit lebhaft gefärbten, rothen, winzigen Knötchen besetzt und reichliches Secret producirend; Scheideneingang wulstig vorgetrieben, entzündlich geschwollen, sodass Eindringen mit Finger, Irrigator, Speculum unmöglich und intra vaginam nicht untersucht werden konnte; äussere Umgebung intact; der harte Gaumen bretthart verdickt, lebhaft geröthet; auch die ganze sonstige Schleimhaut sehr roth; am übrigen Körper nichts Abnormes ausser einem erbsengrossen, gerötheten Knötchen am Nacken. Autor stand rathlos da; verschiedene Ordinationen (Eis, Cocain, Höllenstein) brachten gegen das Jucken nicht viel Linderung, bis nach 48 Stunden allmählig auch die objectiven Erscheinungen sich besserten und nach 3 Tagen verschwunden waren (das Knötchen am Nacken vereiterte). Nach 14 Tagen kam Pat. wieder mit demselben Symptomencomplex (auch jenem Knötchen!), und nun stellte es sich heraus, dass Pat. Tags vorher, ebenso wie einen Tag vor dem 1. Anfall 1 gr Antipyrin gegen Migräne genommen hatte. Letztere bestand aber schon seit mehreren Jahren anfallsweise, und stets hatte Pat. die Attaquen mit 1 gr Antipyrin bekämpft, ohne je irgend eine unangenehme Folge. Es musste jetzt sich plötzlich eine Idiosynkrasie entwickelt haben (wodurch? absolut nicht zu eruiern), wodurch jenes auf die Schleimhäute (bis auf jenes Knötchen) beschränkte Arzneiexanthem zu Stande kam. Autor liess nun die Pat. beim nächsten Migräneanfall wieder 1 gr Antipyrin nehmen, und wieder erschienen prompt die heftige Scheidenschwellung mit Pruritus, die Gaumenverdickung und die Aknepustel. Und als nach einiger Zeit statt dessen Migränin ordinirt wurde (ohne Kenntniss der Pat., dass auch hierin Antipyrin vorhanden sei), der gleiche Effect. Autor liess nun Jahr und Tag vergehen und versuchte jetzt wieder Antipyrin, aber auch jetzt bewirkt das Jahre lang vorher reactionslos genommene Medicament die gleichen Symptome!

(Aerztliche Rundschau 1898 No. 28.)

**Die Dermatitis bullosa nach Sulfonal** entwickelte sich bei einem 27jährigen cand. med., der am 22./X. 97 Mittags Sulfonal und im Laufe des Nachmittags noch 1 gr zu sich nahm. In der folgenden Nacht

an den verschiedensten Körperstellen ein brennendes Gefühl, als dessen Ursache sich am nächsten Morgen zahlreiche rothe, über den ganzen Körper zerstreute Flecke vorfanden. Diese nahmen im Laufe dieses und des nächsten Tages an Grösse zu und verwandelten sich unter stetem Brennen in theils mit klarer seröser, theils mit blutiger Flüssigkeit gefüllte Blasen, welche den Pat. namentlich an den Fingern, Zehen, Kniegelenken bei Bewegungen sehr schmerzten; da fortwährend neue Flecke und Blasen aufschossen, suchte Pat., ein Potator strenuus, am 25./X. die Mosler'sche Klinik (Greifswald) auf. Von da theilt Privatdocent Dr. Leick folgenden Befund mit: Am ganzen Körper ziemlich symmetrisch vertheilt, eine grosse Anzahl bis markstückgrosser prall gefüllter Blasen, theils mit klarer, theils mit blutig tingirter Flüssigkeit gefüllt und umgeben von einem rothen oder mehr livid verfärbten Saum, zum Theil auch geplatzt mit zu blutigem Schorf eingetrocknetem Inhalt. Dazwischen zahlreiche, sehr verschieden grosse Flecke. Am stärksten betroffen die Handrücken und Fussrücken (Blasen bis Handtellergrösse!). Sogar am Damm und Penis einige Efflorescenzen. Sonst Alles normal. Unter der eingeleiteten Therapie (Abführmittel, Bäder, Zinkpuder, Borvaselinverbände) änderte sich das Bild in den nächsten Tagen nur wenig; ein Theil der Blasen trocknete zu Schorfen ein, ein anderer wurde eitrig und musste eröffnet werden. In den ersten Tagen immer wieder neue Flecke, die zu Blasen wurden. Erst in den letzten Tagen des Octobers hörte dies auf, Mitte November überall Abheilung. — Autor glaubt, dass bei dem kräftigen Pat. durch jene geringe Dosis Sulfonal jene heftige Eruption deshalb erfolgte, weil der Alkoholgenuss eine Disposition dazu geschaffen hatte (auch nach Lewin findet bei Alkoholgenuss manchmal Steigerung derartiger Nebenwirkungen statt). Es dürfte sich demnach bei Sulfonalverordnung bei Potatoren besondere Vorsicht empfehlen.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1898 No. 10.)

**Bronchitis.** Eine mechanische Behandlung der B. empfiehlt Prof. Quincke (Kiel); demselben hat sich nämlich die Wirkung der Schwere in manchen Fällen chronischen Katarrhe mit Ektasie der Bronchien nütz-

lich erwiesen zur Beförderung des Secretabflusses. Bekanntlich husten viele dieser Pat. bei Tage wenig, in der 1. Hälfte der Nacht kaum, um dann gegen Morgen in wenigen Stunden unter anhaltendem Husten ein ganzes Spuckglas voll eitrigen Schleims zu entleeren. Dieser Verlauf zeigt, dass das Secret sich in den Bronchien der Unterlappen angesammelt haben muss und erst bei einer gewissen Füllung der letzteren durch Hustenreiz ausgestossen wird. Autor liess nun die Pat. zur Zeit des Abklingens dieser Hustenperiode, also früh von 6—8 Uhr, 2 Stunden lang, sich flach legen, damit der Rest des Secrets, welchen der Husten schwer eliminirt, leichter nach den grossen Bronchien hin abfiesse. Die Pat. gewöhnen sich an die Lage und lernen, in ihr unter Seitwärtsdrehung des Kopfes zu expectoriren. Nach einigen Tagen wird das Fussende der Bettstelle um 20—30 cm erhöht, so dass die Körperachse kopfwärts geneigt liegt und so der Abfluss noch mehr erleichtert wird (manchmal ist es gut, dies auch gegen Abend für einige Stunden zu wiederholen!). In den geeigneten Fällen, d. h. chronischen Bronchitiden, welche zu cylindrischer oder sackförmiger Ektasie in den unteren Lappen geführt haben, namentlich zu Zeiten der Exacerbation (andere Formen kommen nicht in Betracht) kommt es schon in 1 Woche zu einer merklichen, nach 2—4 Wochen zu einer erheblichen Verminderung der Secretion (ebenso wie auch bei Abscessen und Pleuraempyemen nach Beseitigung von Abflusshemmnissen), vollkommenes Versiegen wird freilich kaum erreicht; immerhin ist der Erfolg (Nichterfolg kann event. als differential-diagnostisches Moment anderen Formen gegenüber gelten!) in der freilich nicht grossen Zahl der geeigneten Fälle oft ein überraschender.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896 No. 24.)

— Die Scilla in der Kinderpraxis eignet sich nach Comby nicht nur als Diureticum, als Ersatz der Digitalis, von deren accumulirenden Eigenschaften und unangenehmen Nebenwirkungen sie frei ist, sondern sie ist auch ein gutes antikatarrhalisches, expectorirendes Mittel, ein **aktivum des Athmungsapparats**. Die beste Form **darreichung** ist die als Pulver (0,01 pro Tag und **ix**), aber auch die Tinctura scillae (2 Tropfen

pro Tag und Jahr) und der Acet. scill. (2 gr pro Tag und Jahr) sind empfehlenswerth, desgleichen Oxytel scill. Bei einem 5jähr. Kinde verschreibt Autor z. B. bei B. oder Pertussis:

Rp.

*Oxytel. scill. 10,0*  
*Tct. Bellad. gtt. X.*  
*Aq. dest. 40,0*  
*Syr. simpl. 10,0.*

M. D. S. 2stül. 1 Kinderlöffel.

(La Méc. moderne 1898 No. 48. —  
 Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 28.)

**Erysipel.** Ein Abortivverfahren geradezu ist nach Dr. Lobit (Biarritz) die Behandlung mit 10%igem Jodocollodium (Jodol 10, Collodium 90), womit die afficirten Stellen sammt 1—2 cm gesunder Haut des Umkreises dick bepinselt werden. Nach 24 Stunden pflegen die localen und allgemeinen Erscheinungen zurückgegangen zu sein.

(Bull. gén. de Thérap. 1898 No. 14. — Wiener medic. Presse 1898 No. 19.)

— Dr. Landau berichtete über einen Fall von Erysipelas migrans bei einem 4 Monate alten Kinde (wohlgenährt, sehr sauber gehalten, den besseren Ständen angehörend). Ausgehend wahrscheinlich von einem Intertrigo der linken Genitalfalte, von da den linken Oberschenkel, dann den rechten und die Bauchgegend ergreifend, so allmählig im Verlaufe einer Woche das ganze Kind überziehend, hinten an der Haargrenze im Nacken Halt machend, vorn die beiden Arme überziehend und im Gesicht die linke Backe ergreifend (also nur behaarte Kopfhaut, rechte Gesichtshälfte und Stirn frei). Während des ganzen Verlaufs Febris continua (in maximo 39,2°, in minimo 38,5°). Abheilung mit grossen Schuppen. — E. bei Neugeborenen nicht selten (Nabelwunde!), später dagegen nicht häufig (höchster Ausgang von Intertrigo), doch solch ein Wandern über fast den ganzen Körper kaum je beobachtet. Der günstige Ausgang im obigen Falle bemerkenswerth (die Therapie: Oelwatteeinwickelung und Thymolbäder, wohl ohne grossen Einfluss); Herkunft der Erysipelkokken ganz dunkel.

(Aerzt. Verein in Nürnberg, 6. Januar 1898. —  
 Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 25.)

**Fremdkörper.** Zur Casuistik der F. in der Trachea berichtet Dr. H. Gorodecki (Kischinero) über folgenden Fall: Am 4./XI. 97 wurde ein 15 Jahre altes Mädchen mit heftiger Dyspnoë eingeliefert. Die Anamnese ergab, dass vor ca. 2 Wochen Pat. einen Knopf verschluckt und sofort Athembeschwerden bekommen habe. Anfangs verheimlichte sie dies und entschloss sich erst jetzt, als die Erscheinungen heftiger wurden, zum Geständniss. Status praesens: Das von gesunden Eltern abstammende, wohlgebaute Mädchen zeigt keine pathologischen Abweichungen im Zustand der inneren Organe. Athmung hochgradig dyspnoisch, auf weite Entfernung laryngealer Stridor vernehmbar. Laryngoskopisch constatirt man etwa  $1-1\frac{1}{2}$  cm unter den wahren Stimmbändern einen dunklen, im unteren Larynx- resp. oberen Trachealabschnitt eingekeilten Körper. Da endolaryngeale Extraction hier nicht ausführbar schien, sofortige Tracheotomie in der Absicht, sofort den F. zu extrahiren, Spaltung des Ringknorpels und der oberen Trachealringe, Auseinanderziehen der Wundränder mit scharfen Haken. Aber der F. war bereits aus seiner früheren Lage verschwunden und nicht aufzufinden! Offenbar wurde er bei den die Dyspnoë begleitenden forcierten Athemzügen im Moment der Spaltung der Trachea und der damit verbundenen Behebung der Einklemmung in die Tiefe aspirirt. Daher jetzt nur Einlage der Trachealcanüle und provisorische Naht eines Theiles der Wunde. Am nächsten Tage mässiges Fieber bis  $39^{\circ}$ , das jedoch nur 24 Stunden anhielt. Allgemeinbefinden vortrefflich. Der einzige Umstand, der auf die Anwesenheit des Fremdkörpers in den tieferen Luftwegen schliessen liess, war mässiger Husten und etwas Blutbeimengung zum Sputum. Am 9./XI., nachdem Pat. sich vom Operationsschok erholt, entfernte Autor die Canüle und liess Pat. einige Male kräftig husten; bald wurde auch der F. emporgeschleudert und auf kurze Zeit im Niveau der Wunde festgekeilt. Entfernung der provisorischen Nähte, Auseinanderziehen der Wundränder; bei Wiederholung des Hustenmanövers gelang es, den F. in den Bereich der Wunde zu bringen und mit einem stumpfen Löffel zu extrahiren, einen flachen, runden Knopf von 12 mm Durchmesser. Sofort die Canüle weg, vernähte die Wunde bis auf

eine kleine Lücke (um Zellgewebsemphysem zu vermeiden). Am 15./XI. Entlassung mit vollständig geschlossener Wunde, klarer Stimme und normaler Athmung. — Der Fall spricht deutlich zu Gunsten der Tracheotomie in solcher Situation. Abgesehen von der Indicatio vitalis und der (leider nicht verwirklichten) Hoffnung der sofortigen Extraction, hatte sie einen unverkennbar günstigen Einfluss auf den weiteren Verlauf, indem sie die Gefahr einer neuerlichen Einklemmung in der Glottis behob und für die Aushustung aus der Tiefe günstige Chancen schuf.

(Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1898 No. 5.)

- Dr. Heller empfiehlt auf Grund sehr günstiger Erfahrungen an Kindern und Erwachsenen als sehr einfaches und meist sofort wirksames Verfahren die **Nasenrachenspülung für F. in den Luftwegen**. Durch dieselbe wird ein energischer Expectorationsact ausgelöst, durch den die verstopfenden F. herausgeschleudert werden, so dass oft die Tracheotomie, Intubation etc. überflüssig werden. Aber nicht nur für zufällig aspirirte F. eignet sich diese Methode, sondern auch für andere zur Larynxstenose führende Zustände, besonders die durch Pseudomembranen und Secretanhäufungen bedingte. — Autor hebt weiter die Rolle hervor, welche die Gaumentonsille für F. spielt. Der Umstand, dass nicht selten verschluckte spitze F. in den Tonsillen eingespiesst gefunden werden, legt den Gedanken nahe, dass hier eine Art Schutzorgan für die tieferen Luftwege vorliegt, und dass hierin vielleicht die physiologische Bestimmung jenes Organes beruht. Die etwas prominenten, leicht hypertrophischen Tonsillen eignen sich natürlich besonders als Schutzwehr, und man sollte deshalb solche lieber nicht immer gleich zu entfernen trachten, so lange nicht event. Störungen dazu zwingen.

(Aerztl. Verein in Nürnberg, 20. Januar 1898. —  
Münchener med. Wochenschrift 1898 No. 26.)

- Dr. Feige (Niesky) berichtet über einen **F. im Oesophagus**: „Vor einigen Wochen suchte mich ein etwa 35 Jahre alter Arbeiter Morgens auf mit der Angabe, er habe am Abend vorher einen Knochen verschluckt; wie gross derselbe sei, konnte er auch nicht ungefähr angeben. Zu



fühlen war derselbe weder von aussen, noch als ich mit dem Finger einging, geschweige denn war er zu sehen. Ich ging zunächst mit dem Fergusson'schen Grätenfänger ein, glaubte auch unterhalb des Kehlkopfes einen geringen Widerstand zu fühlen, zog aber das Instrument 2 Mal erfolglos heraus. Ich nahm hierauf den Münzenfänger und stiess beim Hinaufziehen desselben auf einen scheinbar unüberwindlichen Widerstand unterhalb des Kehlkopfes. Der Pat. wurde blau im Gesicht und drohte zu ersticken, so dass ich mit dem Instrument wieder zurückzugehen versuchte, um den gefassten Gegenstand wieder loszulassen, da ich schon glaubte, den Kehlkopf gefasst zu haben. Dies war indessen nicht möglich, und ich war gezwungen, durch forcirten Zug die Operation zu beendigen, was denn schliesslich mit Auferbietung grosser Kraft gelang. Zu meinem grössten Erstaunen bemerkte ich nun, fest im Münzenfänger steckend, so dass es mit Gewalt daraus befreit werden musste, ein plattes Knochenstück, das sich im Münzenfänger gefangen hatte. Die grösste Länge beträgt 5 cm, die Breite  $2\frac{1}{2}$  cm. Dass es überhaupt möglich war, dass der Mann diesen grossen Knochen verschlucken konnte, erklärt sich nur aus der Gefrässigkeit und Gier, mit der diese Leute das Essen hinunterschlingen. Es ist hiernach nicht wunderbar, wenn es so oft vorkommt, dass Leute der Arbeiterklasse beim Verschlucken grosser Bissen ersticken; derartige Todesfälle werden dann vielfach als Herzschlag angesehen. — Irgend welchen Schaden hat der Pat. übrigens nicht davongetragen.“

(Deutsche medic. Wochenschrift 1898 No. 27.)

— Die Toleranz des Ohres gegen F. zeigt wieder ein von Dr. C. v. Samson (Orenburg) beobachteter Fall, den Dr. E. Fink (Hamburg) mittheilt. Ein 28jähriger Bauer klagte über Schwerhörigkeit auf dem linken Ohr, seitdem ihm vor 21 Jahren eine Erbse hineingerathen war. Schmerzen hatte er nie. Bei der Untersuchung fand sich die Erbse thatsächlich in der Uebergangsstelle des knorpligen zum knöchernen Gehörgange. Als sie entfernt war, bemerkte Autor des Gehörganges noch einen F., der, herausgezogen, sich als Flügel einer *Blatta orientalis*) auswies; bei Aus-

spritzen kamen auch die übrigen Theile des Thieres wohl erhalten zum Vorschein. Trommelfell etwas roth, Gefässe am Hammergriff injicirt (zweifelloes vorübergehende Folgen des Ausspritzens), sonst Alles normal, trotzdem die F. so lange (das Thier jedenfalls noch länger, als 21 Jahr, da es vor der Erbsen hineingelangt sein musste, indem es an ihr vorbei kaum in die Tiefe hätte dringen können) im Ohr verweilt hatten und darunter sogar ein Insect sich befand. Der Fall mahnt jedenfalls, nie bei Entfernung der F. im Ohr Gewalt anzuwenden oder, wenn es schwer geht, sie auf Knall und Fall entfernen zu wollen; im Ohr belassen, richtet der F. meist weniger Unheil an, als unzweckmässig behandelt.

(Deutsche medicin. Wochenschrift 1898 No. 27.)

- Ueber 2 sehr erfolgreiche Eisensplitterextractionen aus dem Auge berichtete Dr. Schreiber. Der 1. Pat. beherbergte den 8 mm langen,  $1\frac{1}{2}$  mm breiten Splitter bereits 5 Tage im Glaskörper. Symptome beginnender Panophthalmitis, Chemosia conjunct. bulbi, Hypopyon, Pupillarverwachsung und Drucksteigerung. Mit Hilfe des Riesenmagneten wurde der F. nach Wiedereröffnung der Wunde glatt extrahirt. Vollkommene Heilung, fast volle Sehschärfe. Im 2. Falle frische Verletzung der Sklera in der oberen Ciliarkörpergegend, im Glaskörper flottirender Splitter. Da es nicht gelang, letzteren durch die Skleralwunde zu extrahiren, so wurde er vermittelst des Riesenmagneten um den unteren Linsenrand herum durch die Zonula Zinnii und zwischen Linse und Regenbogenhaut entlang durch die Pupille in die vordere Kammer gezogen; von hier leichte Entfernung mit Linearschnitt. Heilung mit guter Sehschärfe.

(Medicin. Gesellschaft zu Magdeburg, 12. Mai 1898. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 29.)

**Helminthiasis.** Einen Leberabscess durch *Ascaris lumbricoides* sah Privatdoc. Dr. B. Leick (Greifswald, medicin. Klinik). Bekanntlich ist der Spulwurm gar kein so harmloses Wesen, wie man noch bisweilen annimmt; er ruft oft schwere nervöse Störungen hervor, verursacht nicht selten bei vorausgegangenen geschwürigen Processen

im Darm Perforation und Peritonitis, auch Darmstenose (wenn sich zahlreiche Ascariden zusammenballen), endlich kann er, in den Kehlkopf gelangt, Erstickungstod herbeiführen. Selten ist das Eindringen von Spulwürmern in die Gallenwege, noch seltener kommt so Abscessbildung zu Stande. Bisher ist dies 18 Mal geschehen, der Leick'sche Fall verhielt sich folgendermaassen: Eine 35 Jahre alte Schäfersfrau erkrankte im Februar 1897 mit Schmerzen in der Lebergegend, die sich allmählig über das ganze Abdomen ausbreiteten, während sich das Allgemeinbefinden von Tag zu Tag verschlechterte. Ende Mai bemerkte Pat. oberhalb des Nabels eine Geschwulst, die sich ziemlich schnell vergrösserte. Am 30./VI. Aufnahme. Status praesens: Stark abgemagerte, einen schwerkranken Eindruck machende Person; deutliche Anaemie, remittirendes Fieber (Morgens 37,0—37,2°, Nachm. 38,0—38,6°); Herz, Lungen gesund; im Urin weder Eiweiss, noch Zucker, noch Gallenfarbstoff; Appetit gut, Durst gesteigert; kein Icterus; der seit Langem durchgängige Stuhl nie schwarz; in abdomine mehr als kindskopfgrosser, vom Nabel bis Processus ensiformis reichender Tumor, der die Medianlinie nach links um ca. 8 cm überschreitet, nach rechts sich bis ins rechte Hypochondrium erstreckt, deutlich Respirationsschwankungen zeigt und direct in der stark vergrösserten Leber zu liegen scheint; auf Druck schmerzhaft, zeigt er prall-elastische Beschaffenheit, glatte Oberfläche, gedämpften Percussionsschall; Milz nicht vergrössert. Alles sprach für Leberechinococcus, wozu noch kam, dass Pat., eine Schäfersfrau, angab, die Hunde frassen bisweilen aus ihrer Schüssel. Der schwerkranke Zustand, die starke Kachexie, das remittirende Fieber liessen auf Vereiterung schliessen, und eine auf der Höhe der Geschwulst vorgenommene Probepunction ergab auch Eiter. Am 7./VII. Operation (Prof. Helferich). Man gelangte zunächst in einen kleinen, abgekapselten, vor der Leber gelegenen Abscess. Am Grunde desselben wurde die Leber punctirt. Nach Durchdringung von 2 cm dickem Gewebe kam man in eine grosse Abscesshöhle mit stinkendem Eiter, von Echinococcus also keine Rede! Die Canüle wurde belassen, der oberflächliche Abscess tamponirt. Am 9./VII. ward, da die Canüle ver-

stopft, der Stichcanal mit der Scheere erweitert, der Abscess drainirt. Beim Verbandwechsel Tags darauf fand man im Abscess einen sich munter bewegenden Spulwurm. Pat. genas völlig. — Zweifellos war hier die Ursache des grossen Abscesses der Spulwurm gewesen; bei seinem Eindringen in die Leber hatte er infectiöse Keime mitgeschleppt! Dass er erst secundär in den schon vorhandenen Abscess eingewandert wäre, dagegen sprach die hohe Spannung, unter der der Abscess stand; obwohl die Probepunction mit sehr dünner Canüle vorgenommen wurde, war dennoch der Druck gross genug, um etwas Flüssigkeit aus der engen Oeffnung herauszupressen, sodass sich ein kleiner vor der Operation sicher nicht vorhandener Abscess vor der Leber bildete. Wäre eine Oeffnung gross genug, um einen Spulwurm durchzulassen, vorhanden gewesen, so hätte sich der Abscess sicher nach dieser Richtung hin entleert!

(Deutsche medic. Wochenschrift 1898 No. 20.)

- Einen interessanten Fall von Einwanderung von Spulwürmern in das Gallengangssystem schildert Dr. Mertens (Göttingen, Ebstein'sche Klinik). Eine 30jährige Frau erkrankte mit Kolik in der Magen- und Gallenblasengegend, welche plötzlich (angeblich in Folge Erkältung) in Verbindung mit Erbrechen auftreten. Es gesellte sich immer stärker werdender Ikterus hinzu, und es entwickelte sich ein schweres Krankheitsbild, welches auf völligen Verschluss des Ductus choledochus hindeutete. Alles sprach dafür (auch die Anamnese, welche ergab, dass Pat. schon früher 2 Mal an Anfällen gelitten, die der Erzählung nach sehr wohl Gallensteinkoliken sein konnten), dass der Verschluss durch einen Gallenstein bewirkt werde (das bestehende Fieber sprach für eitrige Entzündung der Gallenwege dabei). Die Diagnose wurde schwankend, als Ascites und etwas später auch Anasarka der Beine dazukamen und Seitens der Leber sich Symptome einstellten, welche eine Geschwulstbildung in, event. hinter derselben nicht unwahrscheinlich machten. Da eines Tages fanden sich im breiigen, gallenarmen Stuhl 2 abgestorbene Spulwürmer, von denen der eine etwas hinter seiner Mitte einen Schnürring zeigte. Von diesem Zeitpunkte an trat eine ausgesprochene, schnelle Besserung des gesamten Krankheits-

zustandes ein: die Leber verkleinerte sich zusehends bis zur normalen Grösse, die Druckempfindlichkeit derselben schwand, der Ascites nahm ab, der Ikterus wurde geringer, der Stuhl färbte sich, der Urin entfärbte sich und wurde eiweissfrei, das Sensorium wurde frei. Diese Besserung schritt fort, Pat. wurde gesund und ist es geblieben, kann jetzt schwere Arbeiten machen und hat sich durchaus erholt. Also nicht ein Gallenstein, sondern der Spulwurm hatte den Ductus choledochus verstopft, dessen Hineinkriechen wohl dadurch erleichtert wurde, dass die Ausmündungsstelle des Ganges wahrscheinlich durch die früheren Gallensteine erweitert war. Interessant war der Fall auch durch das Alter der Pat. (sonst ist das Kindesalter in solchen Fällen bevorzugt), die Möglichkeit der Diagnosenstellung ohne Operation in vivo (höchst selten!) und durch den glücklichen Ausgang in Spontanheilung, der wohl hauptsächlich dem kräftigen Organismus der gesunden Frau zu danken war, zum Theil aber auch dem Umstande, dass nur ein einziger Spulwurm eingedrungen und frühzeitig abgestorben war, was wohl zur raschen Eliminirung desselben beitrug.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1898 Nr. 23.)

- Einen Fall von Gelbsehen bei H. beschreibt Sanitätsrath Dr. Königshöfer (Stuttgart). Der 13jährige Knabe, bei dem auch leichte Herabsetzung des Sehvermögens rechts zu constatiren war, war sonst gesund, und weder die Augen-, noch die allgemeine Untersuchung ergaben etwas Positives. Verdächtige Erscheinungen (Uebelkeit, Kopfschmerzen, Knurren im Leib, fahle Gesichtsfarbe, dunkle Ringe um die Augen) führten Autor dazu, eine Santonineur zu versuchen, die auch prompt wirkte. Mit dem Abgang von Ascariden schwanden alle die genannten Symptome.

(Medicin. Corresp.-Bl. des Württemb. ärztl. L.-V. 1898 No. 27.)

- 2 Fälle von Darmperforation durch Ascariden beobachtete P. Apostolis. Beide Male handelte es sich um vorher ganz gesunde junge Seeleute, die acut unter den Zeichen einer septischen Peritonitis erkrankten. Bei der Section fand sich einmal im Dünndarm, das andere Mal im Colon eine kleine Perforation, in der eine Ascaris

noch halb im Darm, halb in der Bauchhöhle steckte, während der Darm sonst durchaus normal war; die Perforationen waren also zweifellos durch die Ascariden hervorgebracht.

(Lancet, 7. Mai 1898. — Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 24.)

### **Intoxicationen.** Einen mit Kal. permang. behandelten

Fall von Opiumvergiftung theilt Rindfleisch mit. Ein Arbeiter von 29 Jahren wird ins Krankenhaus gebracht; seine Collegen erzählen, er sei plötzlich schläfrig und dann bewusstlos geworden. Pat. in tiefstem Coma, alle Reflexe vollkommen aufgehoben, Pupillen stechnadelkopfgross, schwere Cyanose, Athmung minutenlang aussetzend, um dann nach einigen schwachen Athemzügen wieder still zu stehen, Puls dagegen gut, etwa 80 in der Minute, voll und kräftig, Urin frei von Eiweiss und Zucker. Laues Bad, kühle Douche, künstliche Athmung, Magenausspülung, Rothwein und Kaffee. Nur geringe Besserung: Athmung ein wenig kräftiger, Coma unverändert. Einige Stunden nach der Aufnahme kommt die Ehefrau und erzählt, Pat. habe 1 Schnapsglas Opiumtinctur getrunken (ca. 15 gr Tct. Opii simpl.). Jetzt Injection von 0,1 Kal. permang. Nach  $\frac{1}{2}$  Stunde noch keine Aenderung des Zustandes, sämtliche Reflexe absolut erloschen. Nach einer weiteren halben Stunde jedoch Pat. erwacht, Pupillen weiter, Reflexe vorhanden, Athmung normal. Nach einigen Tagen Heilung. — Autor empfiehlt für Opiumvergiftung eine Lösung von 0,2—0,4 Kal. permang. in  $\frac{1}{2}$ —1 Liter Wasser per os, wenn Darreichung per os nicht möglich, Injection einer 2—5%igen Lösung.

(Verein f. wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg, 25./IV. 98. — Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 19.)

— **Einen Fall von Phosphorlähmung** erlebte Prof. Henschen (Upsala). Ein 70jähriger Mann wurde einem (wahrscheinlich aber mehreren!) Vergiftungsversuche mit Phosphor ausgesetzt. Es stellten sich die gewöhnlichen Intoxicationerscheinungen ein, die den Pat. Monate lang bettlägerig machten. Binnen einem Monate entwickelten sich auch erst Schmerzen in den Füßen und dann Schwäche und Schwierigkeit zu gehen, wobei aber die Beine im Bett bewegt wurden. Dann wurden auch die Finger

gelähmt. Erst nach etwa 9 Monaten konnte Pat. aufstehen. Nach Jahresfrist findet man noch ausgesprochene Schwäche in Händen und Füßen, sowie Herabsetzung des Tastsinns in diesen Theilen; ausserdem sind die Extremitäten bis über die Kniee und Ellenbogen hinauf, wie überhaupt die Musculatur schmerzempfindlich, die Hände angeschwollen, die Handmusculatur etwas atrophisch, die Patellarreflexe verschwunden, ausgesprochene Ataxie und Schwierigkeiten zu gehen vorhanden. Die Erscheinungen deuten also zum Theil auf Neuritis, zum Theil aber auch auf Veränderungen im Rückenmark; sie ähneln sehr denen bei Arsenikvergiftung, wo ja auch Schmerzen und Ataxie eine grosse Rolle spielen. Für Neuritis sprach besonders die grosse Schmerzempfindlichkeit bei Druck auf die Musculatur; und da die Patellarreflexe fehlten und hauptsächlich die Spitzen der Extremitäten afficirt erschienen, so konnte man zweifellos auf Neuritis phosphorica schliessen, bei der sowohl sensible, wie motorische Nerven ergriffen waren, ganz wie bei der Arsenikvergiftung. Doch da die vorhandene Ataxie kaum durch die vorhandene Anästhesie erklärt werden kann, muss auch das Rückenmark theilhaftig sein, auch da ein degenerativer Process sich etablirt haben.

(Neurolog. Centralblatt 1896 No. 9.)

- **Einen Fall von tödtlicher Vergiftung durch Essiggessen** publicirt Dr. J. Stumpf (Werneck): Am 9./IX. 97 Mittags 11 Uhr wurde derselbe zu einem 32 Jahre alten Mann gerufen. Letzterer sollte Tags vorher, an einem Feiertage, im Wirthshause 3 Glas Bier getrunken, dazu etwas Wurst gegessen und sich dann ohne irgendwelche Aeusserung über Unwohlsein zeitig zu Bett begeben haben; gegen Mitternacht sei er unter heftigen Leibschmerzen an Erbrechen und Durchfall erkrankt, welche Erscheinungen immer heftiger geworden seien. Autor fand den herkulisch gebauten Mann in geradezu agonalem Zustand, Herzthätigkeit äusserst schwach, Radialpuls absolut nicht zu fühlen, Augen tief eingesunken, Gesicht und Extremitäten mit kaltem, ungewöhnlich klebrigem Schweiss bedeckt; er stöhnte laut, schien sehr benommen und war unfähig, Auskunft zu geben. 1 Stunde später (inszwischen schwarzer Kaffee mit Cognac, warme

Einpackungen, einige Campherölinjectionen) Status idem, Puls fehlte noch vollständig. Abends 9 Uhr schrie Pat. über heftigste Magenschmerzen (durch heisse Compressen sofortige Linderung!), im Uebrigen Zustand etwas besser, Puls als dünner Faden zu fühlen, Erbrechen seltener, doch immer noch reisswasserähnliche Durchfälle, viel Durst. Campher subcutan. Am anderen Morgen ziemlich der gleiche Zustand, Puls noch sehr dünn, Diarrhoeen anhaltend, kein Erbrechen, viel Durst, Pat. klagt zum 1. Mal über Brennen, „wenn das Wasser in den Magen komme“, Sensorium freier. Pat. theilt seinen Angehörigen mit, er habe nach seiner Rückkehr aus dem Wirthshause sich eine gesottene Kartoffel in eine Kaffeetasse geschnitten, dann etwa 1 Esslöffel Wasser daran gegeben (mehr sei gerade nicht zur Stelle gewesen!) und dann in die Tasse nach Augenmaass die Essigessenz gegossen (etwa 1 Esslöffel voll), worauf er den „Salat“ gegessen und dann die Flüssigkeit, die freilich sehr scharf war, ausgetrunken habe. Gegen Abend dieses 2. Krankheitstages Pat. etwas kräftiger, Gesicht und Extremitäten wärmer, doch auffallende Somnolenz. Letztere Tags darauf noch stärker, wässrige Stühle ergossen sich fortwährend ins Bett. Am 12./IX. Exitus letalis. Sectionsbefund (nur Magen!): Magenschleimhaut in toto stark dunkelgrau verfärbt, gegen die grosse Curvatur hin in der ganzen Länge derselben punkt-, strich- und inselförmige — bis zur Grösse eines Markstückes und darüber — tiefdunkelbraune subepitheliale Ekchymosen, besonders entwickelt im Fundus und gegen den Pylorus hin, auch noch in der ersten Hälfte des Duodenums in auffallender Stärke vorhanden; Faltenbildung des Magens ganz auffallend stark entwickelt, auf der Höhe der Falten ekchymotische Verfärbung am stärksten; bedeutende ödematöse Durchtränkung des Epithels. — Die hervorstechendsten klinischen Symptome waren also gewesen: die durch fast 24 Stunden beobachtete absolute Pulslosigkeit, die anhaltenden Diarrhoeen und die spätere Somnolenz. Die Speiseessigessenz des Handels ist reine Essigsäure, gewöhnlich durch Caramel braun gefärbt. Die Aetzwirkung ist natürlich eine höchst intensive. Der Umstand, dass hier die ersten Symptome der Magenverätzung relativ spät auftraten, erklärt sich wohl dadurch, dass die Essenz immerhin



etwas verdünnt genommen wurde. Auf der Flasche stand: „Essigessenz, nur mit Wasser verdünnt zu gebrauchen“, und die Familie hatte sich seit langer Zeit des Inhalts ohne Schaden bedient; immerhin erscheint Angesichts obigen Falles die Aufschrift ungenügend und müssten präzisere nahrungsmittelpolizeiliche Vorschriften über den Verkauf vorhanden sein.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 22.)

- Eine Jodoformintoxication in Form einer Psychose beobachtete Frankenburg bei einer älteren Frau, die wegen eines kalten Abscesses an der Hüfte mit Jodoformglycerineinspritzungen (6 Wochen 4 Mal je 0,5 Jodoform) behandelt worden war. Der Abscess heilte zu, Pat. aber verfiel in Melancholie mit Veründigungs- und Verfolgungsideen, Gesichts- und Gehörstäuschungen, welche auch Wochen nach dem Aussetzen jener Therapie noch blieben und Anstaltsversorgung erforderlich machten.

(Nürnberger medic. Gesellschaft u. Poliklinik, 7/IV. 98. — Ibidem.)

**Paralysis agitans.** Einen interessanten Fall (durch das Alter des Pat., ein vorhergegangenes Trauma und eine Zungenabweichung) stellte Dr. H. v. Halban vor. Von den 2 Hauptsymptomen der P. ist bei dem 38jährigen Mann zuerst das Zittern aufgetreten und ist auch heute noch das dominierende Symptom. Vom linken Daumen beginnend (Juli 1897) verbreitete es sich binnen 3 bis 4 Wochen über die ganze Hand, den Arm, sowie auch die gleichnamige untere Extremität. Die rechte Hand und Arm sind mitbetheiligt. Pat., ein ganz intelligenter Mann, hält das Zittern an der rechten oberen Extremität für mitgetheilt, was jedoch leicht auszuschliessen ist, da der Tremor oft bei Intention gesteigert wird. Dasselbe, wenn auch nur in geringerem Grade, an der linken oberen Extremität. In der rechten oberen Extremität in den letzten Wochen das Zittern anfallsweise. Manche Autoren verwerthen diese Steigerung bei Intention als ein für die multiple Sklerose sprechendes differentialdiagnostisches Moment; dass dies nicht richtig ist, zeigt dieser Fall, wo die Diagnose sicher ist. Gowers beschreibt sogar einen Fall, bei Tremor nur intentionsweise auftrat. Das Zittern

der Rumpfmusculatur könnte man eher als mitgetheilt ansehen, obwohl es Fälle giebt, wo auch Nacken- und Kopfmusculatur betheiligt ist. Zittern der Zunge im Munde nicht constant und auch nur unbedeutend, bei Hervorstrecken stärker; die Zunge weicht constant nach rechts ab; es besteht weder Atrophie, noch Einschränkung der Bewegungen. Diese Anomalie, bekanntlich nicht zu den Symptomen der P. gehörig, ist dem Pat. vorher gar nicht aufgefallen. Das 2. Hauptsymptom der P., die Muskelrigidität, hier weniger entwickelt; die passiven Bewegungen der linken oberen Extremität und der linken unteren nur wenig erschwert, doch Körperhaltung, speciell das Vorbeugen beim Gehen, sehr auffallend. Kraft der linksseitigen Extremitäten herabgesetzt; Reflexe der unteren Extremitäten sehr gesteigert, links mehr als rechts; Patellar- und Fussclonus leicht hervorzurufen. Miene des Pat. unbeweglich, Blick starr. Keine Neigung zu Pro- oder Retropulsion. Stimme monoton, ohne Modulation. Augen normal. Seit 5—6 Monaten Klagen über Parästhesien der linken unteren Extremität in Form eines unangenehmen Brennens vom Hüft- bis Kniegelenk und eines Spannungsgefühls der linken Thoraxhälfte. Im Uebrigen normale Verhältnisse. Erbliche Belastung nicht nachweisbar. Bis zum 30. Lebensjahr Pat. stets gesund. Februar 1890 überfuhr ihn ein Wagen; Bruch zweier Rippen. Nach 4 Wochen Wiederherstellung. Seither bei jedem Witterungswechsel Schmerzen, von der Bruchstelle bis zum Schultergelenk ausstrahlend. Später (etwa seit 1894) diese Schmerzen fast täglich, und zwar immer nach der Arbeit. Juli 1897 Beginn des Zitterns, das in der angegebenen Reihenfolge alle 4 Extremitäten ergriff. Unwillkürlich muss man da wohl ätiologisch an jenes Trauma denken, zumal bei dem ungewöhnlichen Alter des Pat. und dem Umstande, dass der Tremor zuerst in den Extremitäten der verletzten Seite auftrat, Pat. ferner seit dem Rippenbruche zuerst anfallsweise, dann fast täglich in den linken Oberarm ausstrahlende Schmerzen hatte, und noch heut bedeutende Empfindlichkeit der 5. und 6. Rippe besteht. Charcot selbst, der sonst viel mehr Gewicht auf die ätiologische Bedeutung von heftigen Gemüthsbewegungen als von mechanischen Traumen legt, erwähnt, dass man in vielen

Fällen von P., wo in der Anamnese rheumatoide oder neuralgische Schmerzen nachzuweisen sind, bei genauem Nachfragen auch von einem Trauma erfährt. Den Zusammenhang zwischen Trauma und P. suchen Charcot, Hitzig u. A. durch (Neuritis ascendens) entzündliche Processe zu erklären, welche von der Peripherie nach den Centren schreiten und ausgedehnte Erscheinungen motorischer Reizung hervorrufen. Gowers widerlegt die Ansicht mancher Autoren, die dem mit der Verletzung im Zusammenhang stehenden Schrecken mehr Bedeutung zusprechen, indem er auf den Beginn des Zitterns in der traumatisch betroffenen Gliedmasse hinweist. Er hält die Möglichkeit des Zusammenhanges der P. mit einem Trauma für desto wahrscheinlicher, je früher nach der Verletzung die ersten Symptome auftreten. Nur in den Fällen ist nach ihm sogar nach Jahren ein Zusammenhang sehr wahrscheinlich, wenn der Tremor zuerst in dem ursprünglich verletzten Gliede auftrat und in der Zwischenzeit Schmerzen, Schwäche oder Steifigkeit im erkrankten Gliede sich einstellen, ganz so, wie es bei obigem Pat. der Fall war. Ueber die Zeit, in welcher das Leiden nach dem Trauma auftritt, liegen nur wenig bestimmte Angaben vor. Walz hat 26 Fälle gesammelt; in 8 davon trat das Zittern sofort oder innerhalb des 1. Tages, in 7 „bald“ oder in einigen Tagen nach dem Trauma auf, 7 Mal nach 1—8 Monaten, 4 Mal nach 1—4 Jahren, bei obigem Pat. erst nach 7 Jahren! — Discussion: Frankl v. Hochwarth fragt, wie es sich in dem Falle mit der Sensibilität verhalte, ob diese keine Defecte aufweise (v. Halban verneint das!). Das sei wichtig, weil P. traumatica sehr selten zu sein scheine und die in den Statistiken angeführten Zahlen offenbar durch Fälle traumatischer Hysterie beeinflusst seien, die unter dem Bilde einer P. verlaufen. In solchen Fällen findet man aber auch die bekannten Symptome der traumatischen Hysterie auf sensorischem Gebiete und dem der Sensibilität, und auch gewisse Eigenthümlichkeiten des Tremors sind differentialdiagnostisch zu verwerthen: bei Hysterie hat der Tremor einen intermittirenden Charakter, er steigert sich, wenn sich Pat. beobachtet weiss, manchmal bei Bewegungen wie Aufstehen, Niedersetzen etc. Er selbst hat nie einen Fall von P. traumatica gesehen, will aber nicht ableugnen, dass es solche giebt. — Auch

v. Krafft-Ebing ist der Ansicht, dass oft P. mit Hysterie verwechselt wird, namentlich wenn es sich um jugendliche Pat. handelt. P. ist eine Erkrankung des späteren Alters, jenseits der Dreissiger. Auch bei Heilungen von P. liegt der Verdacht einer Verwechselung nahe. Autor demonstriert ein Mädchen mit hysterischem Schütteltremor, der besonders bei intendirten Bewegungen sehr heftig wird; die Intensität des Tremors schützt hier auf den ersten Blick vor Verwechselung mit P. In einem anderen Falle, wo es sich um eine unmittelbar nach einem Ueberfalle, also unter dem Einflusse eines heftigen psychischen Shoks zu Stande gekommenen Tremor hysterischen Charakters bei einer Irrenwärterin handelte, imitierte derselbe täuschend eine P. Für letztere spricht übrigens differentialdiagnostisch der regelmässige Typus der Oscillationen, die geringere Zahl derselben, der Rigor der Musculatur, die Steigerung der Patellarreflexe.

(Verein f. Psychiatrie u. Neurologie in Wien, 10. Mai 1898. — Wiener klin. Wochenschrift 1898 No. 21.)

**Pemphigus.** Eine 37jährige Pat. mit P. vegetans stellte Schäffer vor. Die Krankheit begann vor  $\frac{3}{4}$  Jahren mit einem nässenden Ausschlag in der Gegend der Genitalien und der rechten Achselhöhle. Etwa 6 Wochen nach Auftreten der ersten Erscheinungen wurde Pat. mit der Diagnose „Syphilis“ in die dermatolog. Klinik geschickt. In der That war damals das Aussehen der Affection, besonders in der Genitalgegend, sehr syphilisähnlich. Diese, sowie die angrenzenden Parthieen der Oberschenkel und der Inguinalgegend waren eingenommen von einer wuchernden, zum Theil grau belegten, zum Theil nässenden Fläche, die bei der ersten Betrachtung das täuschende Bild von confluirenden, nässenden Condylomata lata bot. Bei genauerem Zusehen bemerkte man jedoch an der Peripherie einen 2—3 mm breiten vorgeschobenen Blasensaum. Auch in der Umgebung waren einzelne rundliche Efflorescenzen sichtbar, die wie beginnende Bläschen mit macerirter Epithelbedeckung aus sahen. In der rechten Achselgegend bot sich ein ganz analoges Bild dar: condylomähnliche Wucherungen, serpinös begrenzt, im Centrum bereits abgeheilt; die Randparthieen violett, stellenweise secernirend oder grau belegt,

an der Peripherie scharf abgesetzte Epithelabhebungen und zerstreute pustulöse Einzelefflorescenzen. Am Hinterkopf, an der Haargrenze, vom linken Ohr bis nahe ans rechte Ohr sich erstreckend, eine gleichmässig nässende, scharf begrenzte Zone, über der die Haare durch eitriges Secret verklebt sind; hier und da bei genauerem Zusehen blasige Abhebungen des Epithels erkennbar. Am rechten Auge im inneren Winkel 2 kleine, flache Ulcerationen nahe der Conjunctiva des unteren Augenslides. Auf der Zunge, besonders an den Seitenrändern, unregelmässige, rothglänzende Erosionen, theilweise mit weisslichen Fetzen bedeckt. Abgesehen von der Belästigung beim Sprechen und der Nahrungsaufnahme keine Beschwerden. Innere Organe gesund. Gravidität im 5. Monat. Pat. blieb  $\frac{1}{4}$  Jahr da. Anfangs trotz täglicher Arseninjectionen (0,005 pro die) und innerlicher Darreichung von 0,003 Strychnin eher Zunahme der Erscheinungen in Gestalt schnell auftretender, dicht stehender Blasen mit trübem, bald eitrig werdendem Inhalt. Nach der Zerstörung des macerirten Epithels erscheint der Wundgrund leicht erhaben und stellenweise mit grauem Belag bedeckt. Nach 2 Monaten wesentliche Besserung, indem die meisten Stellen abheilten, wobei die Localbehandlung mit Theer (5%ige Theervaseline) sehr förderlich zu sein schien. Entlassung; an Stelle der abgeheilten Stellen Pigmentirungen, nur vereinzelte, leicht wuchernde Blasen in der Inguinalgegend. Im September normale Geburt eines gesunden Kindes. Im Anschluss daran Verschlimmerung, die allmählig zunahm, so dass Pat. vor einigen Tagen wieder in die Klinik kam. Genitalgegend, Unterbauchgegend, Inguinalgegend und oberer Theil des Oberschenkels zeigen ausgedehnte condylomähnliche Wucherungen von der oben beschriebenen Beschaffenheit. Die gleichen Erscheinungen an der Beugeseite beider Arme, unterhalb der Brüste und in den Achselhöhlen. In den letzten Tagen sind noch zahlreiche frische, pustulöse Herde hinzgetreten, sodass die Nabelregion von diesen dicht besät ist. Schleimhaut des Mundes noch mehr befallen, als früher. Allgemeinbefinden sehr gestört, oft abendliche Temperatursteigerungen. Eigentliche Blasenbildung nur am linken Mundwinkel sichtbar, sonst wird der frische Herd immer bald nach Entstehung in

seinem Epithel zerstört, sodass letzteres als schlaffe, fetzige Decke über die papulöse Efflorescenz hinwegzieht. Die vegetirenden Erhebungen (besonders in den Falten der Haut), sowie das frühzeitige Befallensein der Schleimhäute liessen die Prognose höchst infaust erscheinen, auch liessen jetzt alle therapeutischen Maassnahmen im Stich (vor einiger Zeit an der Klinik ganz ähnlicher Fall bei einer 60jährigen Frau; gleichfalls sehr frühzeitige Betheiligung der Mundschleimhaut, sowie dieselben condylomartigen Wucherungen an den Genitalien; trotz mehrfacher Besserung und zeitweiser Abheilung sämtlicher Herde nach 2 Jahren Exitus letalis). Auch obige Pat. starb ca. 3 Wochen nach obiger Vorstellung unter Erscheinungen allgemeiner Infection (Fieber bis 40,5°), nachdem sich die Hautaffection rapid verbreitet hatte und so schmerzhaft geworden war, dass permanentes Wasserbad nöthig wurde. Sectionsbefund: Hydrothorax, Ascites, starke Anämie sämtlicher Organe, Fettleber; am Rückenmark makroskopisch keine Veränderungen.

(Medicin. Section der Schles. Gesellschaft f. vaterländ. Cultur, 11./III, 98. — Allgem. medic. Central-Ztg. 1898 No. 47.)

**Sykosis.** Ueber *S. subnasalis* und **Ausschnupfen** lässt sich P. G. Unna (Hamburg) aus. Nicht leicht sind bekanntlich lange Zeit bestehende Fälle von *S.* der Oberlippe zur Aushheilung zu bringen; wenn diese erst in ihrem centralen, subnasalen Bezirk verdickt, roth, mit folliculären Anschwellungen besetzt ist und eine höckrige, drüsige, stark secernirende Oberfläche darbietet, so versagen die meisten Mittel. Es kommt hier vor Allem darauf an, den schädigenden Einfluss der Nasensecretion aufzuheben; das ist die Grundbedingung jeder Oberlippenpflege! Die Pat. dürfen sich nicht mit dem Taschentuch ausschnupfen! Letzteres treibt die Infectionsträger in die weiten Follikelöffnungen und facht so immer von Neuem die Infection an. Der Nasenschleim ist durch Spülungen zu entfernen und bei der Abtrocknung ist ein Reiben der Oberlippe streng zu vermeiden. Zu den Spülungen nehme man Anfangs Decoct. Chinae (mit einer vorrätig gehaltenen 10%igen Abkochung mischt man beim Gebrauch 1 oder 2 Theile heisses Wasser und injicirt die etwa 30° C. warme Mischung mittelst eines

mittelgrossen Gummiballons in den unteren Nasengang rechts und links ein, sodass die Flüssigkeit bei Verschluss des Gaumens zum anderen Nasenloche wieder ausfliesst), später kann man schwache Ichthyollösung ( $1\frac{0}{100}$ — $1\frac{1}{2}\frac{0}{100}$ ) nehmen; hierdurch wird aller Nasenschleim entfernt, worauf die auf der Lippe anhaftenden Reste durch Seifenwaschung abgespült werden und die Haut mit Watte trocken getupft wird. Anfangs 4—5malige Ausspülung mit nachfolgendem Verband nöthig, später immer weniger, zuletzt nur eine Ausspülung mit nachfolgendem Verband pro die. Epilation oder Haarkürzung nicht erforderlich. Verband besteht am einfachsten aus einem Stück Salbenmull mit impermeabler Bedeckung und einer Schnurrbartbinde oder einer über den Ohren hinten geknüpften Mullbinde. Für milde Fälle genügt der Zinkoxydschwefel- oder Zinkoxydichthyol-Salbenmull, für chronischere und intensivere der Ichthyol- oder der Pyraloxin-Salbenmull (10,0 pro Meter), in ganz schweren der Ichthyolchrysarobin-Salbenmull (10,0—10,0 pro Meter). In Ermangelung von Pflastermullen auch entsprechende Salben resp. Pasten. Heilung rasch, wenn die Verbände Tag und Nacht nach jeder Spülung erneuert werden können, sonst Heilung etwas langsamer, aber ebenfalls sicher. In solchen Fällen hat sich als gut wirkende und kosmetisch annehmbare Bedeckung eine Zinkschwefelpaste mit Zusatz von je 1% Zinnober und Ichthyol bewährt, die nach der Spülung mit Watte zwischen die Haare aufgestrichen, nicht eingerieben wird (gilt auch für die sonstige Salbenapplication!); der Ersatz durch Salbenmulle hat eben den Vorzug, dass jede Reibung fortfällt. — Aehnlich behandelt man S. der übrigen Barttheile, wo nicht das Taschentuch, sondern noch Handtuch und Kopfkissenbezug inficirend wirken. Auch hier gilt als Princip: Vermeidung jeder Reibung und Einreibung bei Tage, feste Bedeckung mit Salbenmull (oder aufgestrichenen Salben) Nachts!

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1898, Bd. 26, No. 12.)

**Syphilis.** Einen Fall von hereditär-syphilitischer Sattelnase publicirt Dr. M. Oettinger (Hamburg, israelit. Krankenhaus). Pat. war ein am 21./XII. 97 als 1. Kind

ihrer Mutter ohne vorausgegangenen Abort am normalen Ende der Schwangerschaft normal entwickelt geborenes Mädchen. 14 Tage alt, bekam dasselbe einen Abscess hinter dem linken Ohr, 8 Tage später einen gleichen am linken Arm. Beide Abscesse sind gut geheilt, und das Kind entwickelte sich vollkommen normal. Ende Februar d. J. begann zugleich mit einem Ausschlag an beiden Augenbrauen und an der Oberlippe ein Schnupfen. Das Kind fing an zu schnüffeln, dann kam röthlich-eitriges Secret aus der Nase, und bald darauf fing der Nasenrücken an einzusinken. Pat. erhielt zunächst innerlich Calomel, local Borsalbe, dabei dauerte der Ausfluss fort, und die Nase sank immer tiefer ein, ohne dass ein herauskommender Sequester bemerkt wurde. Am 14./III. Aufnahme (also ca. 4 Wochen nach Beginn der Erkrankung) mit folgendem Befund: Nasenrücken flach und verbreitert, bildet in seiner oberen Hälfte eine directe Fortsetzung der Stirn und geht von da an winklig nach vorn, Nasenspitze sieht nach vorn und etwas nach links. Die Nasenflügel liegen flach, der rechte ungefähr im Niveau der Wange, der linke noch unter das Niveau der Wangenhaut eingesunken. Die rechte Nasenöffnung sieht nach vorn, die linke etwas nach oben. Aus den Oeffnungen entleert sich grauröthliches, übelriechendes Secret. Im Septum eine grosse Perforation. An der Stelle des erwähnten Ausschlages an Augenbrauen und Oberlippe noch geringe Röthung. An der übrigen Körperoberfläche und an den inneren Organen keinerlei Veränderungen. — Die Diagnose musste bei diesem Befund trotz Mangels aller übrigen Symptome auf *S. hereditaria* gestellt werden, und man versuchte, die Anamnese in dieser Richtung zu ergänzen, was leider nicht gelang; bei den Eltern liess weder Anamnese, noch genaueste körperliche Untersuchung irgendwelche luetischen Erscheinungen oder Residuen nachweisen. Man muss also entweder eine Vererbung von Seiten der Grosseltern mit Uebergangung der Eltern annehmen, ein Infectionsmodus, der zwar mehrfach behauptet ist, aber noch nicht genügend bewiesen scheint, oder aber, was wahrscheinlicher ist, dass der Vater des Kindes sich früher einmal einen Primäraffect zugezogen und denselben übersehen hat, und dass dann die Secundärserscheinungen so leicht aufgetreten sind, dass auch sie



nicht beachtet wurden. Die Mutter braucht dann auch nichtluetisch zu sein, obgleich sie ein syphilitisches Kind zur Welt bringt. Sind doch Fälle beobachtet, in denen die Mutter, von ihrem hereditär-luetischen Kinde inficirt, einen Primäraffect der Mamma oder des Mundes aufwies; für gewöhnlich freilich ist die gesunde Mutter eines hereditär-luetischen Kindes gegen syphilitische Infection immun. Darum wurde auch um so weniger Bedenken getragen, das Kind weiter von seiner Mutter nähren zu lassen, als dieses ja die einzige Möglichkeit ist, ein derartiges Kind am Leben zu erhalten. Die Behandlung bestand in einer Inunctionscur, während local täglich das Secret entfernt und die Nasenflügel durch eingelegte Wattetampons gehoben wurden (links ging das freilich nicht sehr gut, da das Kind mit dem Tampon daselbst nicht saugen konnte, sodass die Mutter immer den Tampon sehr bald entfernte); die Secretion verminderte sich, und der Befund am 3./V. 98 war folgender: Haut der Nasenflügel jederseits gleich weit von der Nasenspitze entfernt mit tiefer Einkerbung versehen, bedingt durch narbige Retractionen im Naseninnern, und zwar reicht diese Einziehung rechts nicht ganz bis zur Umrandung des Nasenlochs, links bis in die Nase hinein, sodass die Umrandung des rechten Nasenlochs glatt, die des linken tief eingeschnitten erscheint. Dabei sind beide Nasenflügel, — der rechte weiter als der linke — über das Niveau der Wange herausgehoben. Die winklige Knickung des Nasenrückens besteht unverändert fort, die Septumperforation ist kleiner geworden, die Nasenhöhle hat sich durch Narbenbildung im Innern verkleinert und verengt. Am Halse leichte Drüsenschwellungen. Milz und Leber ein wenig geschwollen. Körpergewicht  $6\frac{1}{2}$  Pfund (vor 6 Wochen 6 Pfund). — Hereditär-luetische Nasenaffectionen in dieser Form sind sehr selten, obgleich ca. 58% solcher Kinder mit Coryza behaftet sind. Zu dieser gesellen sich sonst höchstens oberflächliche Ulcerationen der Schleimhaut; erst am Ende des ersten Lebensjahres oder später, ja oft erst zur Pubertätszeit treten wieder hereditär-syphilitische Erscheinungen an der Nase zu Tage in Form bald zerfallender Schleimhaut- und Knochengummata, wodurch es zu tieferen Zerstörungen, Sattelnase etc. kommt. Im obigen Falle hat nun ausnahmsweise eine sonst nur oberflächlich beim Säugling auftretende Ulceration

der Schleimhaut in die Tiefe gegriffen und Knorpel und Knochen zerstört, oder — was bei der Schnelligkeit der Entwicklung der Veränderungen näher liegt, — es ist als erste Manifestation der hereditären Lues ein Gumma des Septums zur Entwicklung gelangt.

(Aerztl. Verein in Hamburg, 3./V. 98. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 24.) ■

- Einen Fall von doppeltem Lidschanker beschreibt Dr. J. Helbron (Würzburg, Univers.-Augenklinik). Am 29./I. 97 kam ein 11-jähriger Knabe in Behandlung. Seit 4 Wochen Entzündung und Schwellung der Lider links; Anfangs Knötchen am Unterlid, das sich vor 5 Tagen nach aussen öffnete. Status praesens: Am Ober- und Unterlid links zwischen Thränenpünktchen und Mitte des Lides je ein halbkreisförmiges, etwas erhabenes Geschwür, dessen Grund von gelbgrauem Schorfe eingenommen ist, dessen Ränder knorpelhart verdickt sind; die beiden Hälften passen genau zusammen und bilden bei Lidschluss fast einen vollkommenen Kreis. Nach Entfernung des Schorfes zeigt der Grund schmierigen Belag und wenige, schwache Granulationen. Entsprechend diesem Geschwüre fehlen an Ober- und Unterlid sämtliche Cilien. Ausserdem findet sich im Unterlid etwas nach aussen von der Mitte — mit dem Geschwür gar nicht zusammenhängend — eine erbsengrosse, sehr harte Geschwulst des Tarsus, die von schwach entzündeter Binde- und äusserer Haut bedeckt ist. Die ganze Bindehaut zeigt links schwache katarrhalische Reizung. Die Praeauriculardrüse links bohnergross, ganz indolent, eine Submaxillardrüse am Angulus mandibulae etwas weniger stark geschwellt, ebenso noch die nächsten Gland. cervic. superf., die weiter abwärts liegenden stets weniger, als die vorhergehenden. Auch rechterseits wenig vergrösserte Submaxillardrüsen zu fühlen. Aeussere Haut schwach marmorirt, aber ohne Exanthem. Unter einer indifferenten Salbe heilte der Primäraffect in ca. 4 Wochen, ohne weitere Störungen zu veranlassen; gleichzeitig heilte auch der Knoten im Tarsus, ohne dass es zum Durchbruch desselben, resp. Entleerung seines Inhalts nach aussen gekommen wäre. Am 13./VII. 97 trat Pat. von Neuem in Behandlung. L. Iritis; 2 stark vascularisirte Granulationsgeschwülste in der Nähe des Lig. pectin.

nach unten und unten aussen; hintere Synechieen. R. Praecipitate auf der Hinterfläche der Hornhaut. Multiple Lymphdrüenschwellung beiderseits. 20./VII. R. Pupille gleichmässig weit, feine Praecipitate auf der Hinterwand der Hornhaut; im Gewebe des Oberlides etwas nach aussen von der Mitte, entsprechend dem Margo supraorbitalis kleines indurirtes Knötchen, von gerötheter Haut bedeckt, das seit 14 Tagen bemerkt wird. Ophth. normal. L. die beiden Granulationsgeschwülste weniger gut vascularisirt, kleiner, von braunrother Farbe. Pupille ungleichmässig weit, besonders resistente Synechieen innen oben. R. + 0,75 / S = 1, L. + 1,5 / S =  $\frac{1}{2}$ . Ophth. L. membranartige Glaskörpertrübung, die vom Corpus ciliare unten aussen in 3 Strahlen sich beweglich in den Glaskörper hinein erstreckt; beg. Neuritis optici. Vom 26./VII. bis 2./VIII. Aufnahme auf die stationäre Abtheilung, wo unter Verabreichung von Jodkali die Granulationsgeschwülste der Iris abheilen. 6./VIII. Beiderseits Pupille gleichmässig weit, Granulationsgeschwülste der Iris verschwunden, ebenso die Praecipitate z. T.; L. Glaskörpertrübung etwas geringer, Neuritis stark ausgesprochen. R. + 0,75 / S = 1, L. + 1,5 / S =  $\frac{1}{2}$ . Gesichtsfeld und Farbensinn normal. Jodkali. 13./VIII. L. temporal am Pupillarrande der Iris frisches, wenig erhabenes, stark vascularisirtes Granulationsgewebe, Pupille nicht genügend erweitert. Ophth. L. Neuritis stärker ausgebildet, Glaskörpertrübung etwas geringer. 20./VIII. L. Neuritis optici stationär, Granulationsgeschwulst am temporalen Pupillarrand der Iris in Rückgang. Beginn der Schmiercur. 25./VIII. L. Granulationsgeschwulst aussen oben etwas grösser, leicht zerklüftet und in den Pupillarbereich hineinragend; pericorneale Injection etwas stärker; Glaskörpertrübung zurückgegangen, Neuritis unverändert. R. zahlreiche Praecipitate auf der Hinterwand, sonst normal. 31./X. Beiderseits Praecipitate verschwunden, L. Neuritis fast ganz zurückgegangen. L. + 1,5 / S =  $\frac{1}{2}$ . Pat. verbrauchte 40 Päckchen Ung. ciner. mit 8tägiger Pause nach der 1. Hälfte. Eine zur Controlle am 20./IV. 98 vorgenommene Untersuchung ergab beiderseits JI in 7—8 cm, Gesichtsfeld, Farbensinn und Ophth. normal. L. Oberlid vollkommen normal, am Unterlid Sitz des Primäraffects nur durch die schlechte Entwicklung der Cilien gekennzeichnet. Schwellung sämtlicher Lymphdrüsen verschwun-

den. — Der Fall bietet in mancher Hinsicht interessante Einzelheiten. Wenn auch das mehrfache Auftreten der Initialsklerosen relativ häufig beobachtet wird, so gehört ein doppelter Lidschanker doch zu den grössten Seltenheiten. Aetiologisch war festzustellen, dass Pat. mit der 21 Jahre alten Schwester zusammenschlief, die Condylomata lata ad labia majora und Plaques muqueuses im Munde hatte; Uebertragung war höchstwahrscheinlich durch Kuss erfolgt. Sehr schwierig gestaltet sich die Erklärung des Knotens im Tarsus, der die grösste Ähnlichkeit mit Chalazion hatte und sicherlich als Granulationswucherung einer Meibom'schen Drüse aufzufassen ist. Eigenthümlich war nur, dass dieser Knoten erst mit dem Primäraffect auftrat und mit ihm auch abheilte, ohne dass es zum Durchbruch, zur Entleerung nach aussen kam. Unwillkürlich ist man veranlasst, diesen Knoten mit der S. in Zusammenhang zu bringen und sich zu fragen: Wäre es nicht möglich, dass dasselbe syphilitische Virus, das den Primäraffect verursachte, gleichzeitig durch den Ausführungsgang in eine Meibom'sche Drüse gelangte und hier eine spezifische Entzündung verursachte? Möglicherweise freilich lag einfach ein Chalazion vor, dessen — noch unbekannte — Erreger sich in dem entzündeten Bindehautsack ansiedeln und von dort in die Meibom'sche Drüse eindringen konnten. Die Granulationsgeschwülste der Iris waren zweifellos Papeln, da Pat. sich erst im 2. Stadium der S. befand. Der Glaskörper war nicht in der sonst für S. charakteristischen Weise theiligt, d. h. in Form staubförmiger Trübungen, sondern zeigte geformte Trübungen, sicherlich Exsudationsproducte des hochgradig entzündeten Corpus ciliare. Die acute spezifische Neuritis tritt gewöhnlich früh — 1 bis 5 Jahre post infect. — auf; die Prognose bei spezifischer Behandlung ist quoad restitut. ad integrum um so besser, je früher jene auftritt. Obiger Fall bot dafür wieder einen Beleg. Selbstverständlich war die Erkrankung des Uvealtractus und Sehnerven als Aeusserung der allgemeinen S. anzusehen. Bei der Diagnose bedurfte aber die Localisation nicht. Man muss nur die Localisation des Lidschankers und der Uveitis mit der Annahme

einer geringeren örtlichen Widerstandsfähigkeit gegen das luetische Virus begnügen.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No 21.)

- Einen Fall von seltener Localisation des Primäraffects im Munde demonstirte Dr. Matzenauer (Klinik Neumann). In der Nische zwischen dem rückwärtigsten Theil der Schleimhaut der linken Wange und dem Angulus mandibulae ein grubig vertieftes, über kreuzergrosses Geschwür von flacher, braunrother, speckig glänzender Oberfläche, mit scharf abgesetzten, steilen, glatten Rändern und von beträchtlicher Derbheit. Von demselben durch eine ca. 3 mm breite, normale Schleimhautbrücke getrennt, am weichen Gaumen links ein etwa bohnergrosser, gleichfalls braunroth glänzender, querovaler, flacher Substanzverlust. Die äussere Wangenhaut wird in der Gegend des linken Unterkiefers durch eine fast orangengrosse Geschwulst vorgewölbt, über welcher die Haut normal und verschieblich darüber zieht, und die sich aus mehreren nussgrossen, harten, fest mit dem Unterkiefer adhärenenten Drüsen zusammensetzt. Der Pat., dessen Geschwür bereits mehrfach für Carcinom gehalten wurde, entging einer eingreifenden Operation nur deshalb, weil der Tumor für inoperabel bezeichnet wurde. Differentialdiagnostisch wichtig ist die glatte, braunrothe, saftig glänzende Oberfläche entgegen der kleinhöckrigen, gelblich-röthlichen, drüsig unebenen Oberfläche eines exulcerirten Carcinoms; gegen letzteres spricht auch das rasche Wachsthum der Ulceration, sowie der Drüsen. Das etwas kachektische Aussehen des Pat. ist bedingt durch das Prorptionsstadium, indem sich eben ein papulöses Exanthem entwickelt. Aetiologisch nimmt Autor an, dass Pat. zuerst mit seinen Händen mit dem Secret von Sklerosen oder nässenden Papeln einer kranken Person in Berührung kam, dann mit seinen Fingern sich in den Mund fuhr, etwa um sich mit den Nägeln die Zähne zu stochern.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 17. Juni 1898. — Wiener klin. Wochenschrift 1898 No. 25.)

— Einen Fall von Larynxsyphilis zeigte Prof. t. ist eine 34-jährige Frau, welche schon durch ihre an leichten Athembeschwerden litt,

die sich seit December v. J. rapid steigerten. Vor 3 Jahren hatte Pat. angeblich einen stark juckenden Ausschlag (also wohl kaum syphilitisch?). Keine Anhaltspunkte für S. Am 23./V. 98 laryngoskopischer Befund: Kirschgrosse, blasse, nur an ihrer Kuppe intensiv rothe Geschwulst mit oberflächlichem Gefässnetz, ausgehend von der rechten seitlichen und hinteren Wand des Larynx, und zwar in der Höhe des untersten Larynxantheiles mit breiter Basis, im Luftstrom sich nicht bewegend. Sondenuntersuchung: Tumor weich, leicht eindrückbar. Am 25./V. Incision; nur etwas Blut. Seither Jodkali (1,5 gr pro die), wodurch rasche Abnahme der Athembeschwerden und bedeutende Verkleinerung und Abblassung der Geschwulst bewirkt wurde, die also in der That eine gummöse Infiltration darstellte. So grosse nicht ulcerirte Gummata sind höchst selten!

(Wiener laryngolog. Gesellschaft, 2./VI. 98. — Ibidem.)

- 2 Fälle von Struma syphilitica beobachtete H. Küttner (Tübingen). Fall 1: 39jährige Frau, die im 18. Lebensjahr ein Exanthem gehabt und 2 Jahre später ein faul-todtes Kind geboren hatte. Die seit der Jugend bestehende, jetzt kleinf Faustgrosse Struma war in der letzten Zeit vor der Operation schneller gewachsen und hatte Schmerzen, Athembeschwerden und Recurrensparrese verursacht. Da auch Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen vorhanden, Diagnose „Struma maligna“, Exstirpation der erkrankten Schilddrüsenhälfte. Bei der Operation auffallend die Derbheit und ödematöse Durchtränkung des die Struma umgebenden Zellgewebes, im Uebrigen Operation einfach. Diagnose post operat.: nicht maligne Neubildung, sondern fibröse Entartung des Parenchyms, verbunden mit Riesenzellenbildung und ausgedehnter trockener Verkäsung. Also nur fraglich, ob Tuberculose oder S. Nichts sprach für erstere, auch Tubercelbacillen fanden sich nicht. Für S. sprach schon die Anamnese. Und in der That: 5 Monate später ausgedehnte Geschwüre des weichen Gaumens und der hinteren Rachenwand, auf Jodkali prompt heilend. Seitdem 5 Jahre verflossen, Pat. ganz gesund geblieben. Fall 2: 27jähriger Pat., vor mehreren Jahren inficirt. Eine An-

fangs unbedeutende Struma hatte in letzter Zeit mässige Athembeschwerden verursacht, welche zwei Wochen vor der Aufnahme so bedrohlich wurden, dass sofortige Hülfe nöthig war. Cyanotischer, schwer athmender Mann mit faustgrosser, sehr harter, scheinbar maligner Struma auf der rechten Halsseite, zum Theil retrosternal gelegen, Luftröhre stark nach links dislocirt, Recurrenslähmung. Operation sehr schwierig, Tumor bildete mit der bedeckenden Musculatur eine einzige derbe Masse, deren Entfernung unmöglich war. Auch hier das eigenthümlich speckige Aussehen des die Struma umgebenden Zellgewebes. Wegen der schweren Athemnoth Tracheotomie. Mikroskopische Untersuchung eines kleinen excidirtten Stückchens: keine maligne Degeneration, nur sklerotisches Bindegewebe mit theilweise herdförmiger Rundzellinfiltration und charakteristischen Wucherungsvorgängen an den Gefässen. Jodkali in grossen Dosen. Schon 8 Wochen später von der faustgrossen Struma nichts mehr zu finden.  $1\frac{1}{2}$  Woche später konnte die Canüle fortgelassen werden, und jetzt,  $\frac{1}{2}$  Jahr post operat., Pat. völlig gesund. Hier könnte gesagt werden, dass auch gewöhnliche Strumen auf Jodkali zurückgehen. Aber doch nur weiche, hyperplastische, nicht aber derartig derbe, fibröse. — Während vorübergehende Anschwellungen der Schilddrüse in der Frühperiode der S. nichts Seltenes sind (ausnahmsweise werden sogar grosse Strumen erzeugt), gehört die eigentliche S. der Schilddrüse der späteren Stadien und der hereditären S. zu den grössten Seltenheiten. Meist handelt es sich um gummöse Entartung (wie Fall 1), selten um die interstitielle fibröse Form (Fall 2), jedenfalls kann aber die S. hier in denselben 2 Formen auftreten, die man auch sonst (Leber, Hoden) findet. Die S. der Schilddrüse kann eine hohe klinische Bedeutung erlangen: es kann sämtliches functionirendes Gewebe vernichtet werden, also Myxödem entstehen, ferner kann Verwechselung mit Struma maligna stattfinden, die für den Pat. grosse Gefahren mit sich brächte.

(27. Congress der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. —  
Beilage zum Centralblatt f. Chirurgie 1898 No. 28.)

- Einen Pat. mit **recidivirender Sklerose und Rupia** stellte Docent Dr. Ehrmann vor. Pat. hatte Anfangs Januar

d. J. eine Sklerose an der Innenfläche des Praeputiums; nach 4 Wochen kam er in Behandlung. Neben der Sklerose typisches maculöses Exanthem neben Rupia (crustös-papulöses Syphilid), Kopfschmerz, in beiden Leisten charakteristische Drüsentumoren, am Scrotum nässende, nicht besonders derbe Erosion. Nach 30 Einreibungen verschwanden die Erscheinungen. Vor 8 Tagen, also Anfangs Mai, wieder Rupia auf dem Sternum, in den Deltoidesgegenden, am Unterschenkel und an der Penishaut neben maculösem Syphilid, Papeln der Kopfhaut und Alopecie; an der Stelle der früher am Scrotum bestandenen Erosion typische, plattenförmige, an der Oberfläche nekrotisierende Sklerose. Der Fall ist deshalb von Wichtigkeit, weil gleichzeitig mit den Syphiliden ulceröse Formen aufgetreten sind, und weil jetzt bei der 2. Prorruption des Exanthems an einer Stelle, wo früher vielleicht ein Analogon einer Sklerose, aber gewiss keine typische Sklerose bestand, eine typische Sklerose aufgetreten ist. In gewissen Fällen recidivirt die Sklerose an denselben Stellen, wo früher der Primäraffect sass, namentlich in solchen, wo die Sklerosirung nicht vollständig verschwand (Chancres redux). Häufig kommen mit dieser neuerlichen Induration frische Recidive des Exanthems vor. Solche Fälle werden bisweilen als Neuinfektionen angesehen, wenn inzwischen eine längere, symptomfreie Zeit verstrichen ist, oder als sog. post-initiale Infection, wenn die ersten Secundärererscheinungen noch nicht geschwunden waren. Autor leitet obigen Fall wie alle Fälle von Sclerosis redux davon ab, dass an Ort und Stelle Reste syphilitischen Virus vorhanden waren, die dann unter geeigneten Umständen wieder zur Wucherung gelangten und Sklerosen oder sklerosenähnliche Formen erzeugen. — Docent Dr. v. Zeissl hält den Fall für besonders interessant, weil hier Rupia, die gewöhnlich erst 9 Monate post infect. erscheint, so früh auftrat, und weil er zeigt, dass Rupiaefflorescenzen aus Papeln hervorgehen. Er räth, wenn thunlich, expectativ zu behandeln und zuzusehen, ob aus dem sklerosenähnlichen Gebilde ein Gumma entstehe, was aus den späteren Veränderungen (Zerfall) zu erschliessen wäre. — Ehrmann hält es für ausgeschlossen, dass sich hier ein Gumma entwickeln werde. Rupia-



efflorescenzen treten recht häufig im Prorptionsstadium des 1. Syphilids auf, sodass die Ausnahmen von der Regel recht zahlreich sind. Das Infiltrat am Scrotum beobachtet er seit 7 Tagen; es hat den Verlauf einer Initialsklerose, zeigt die charakteristische platte Form und nekrotisirt an der Oberfläche, während das Gumma einen Knoten darstellt und central zerfällt.

(Wiener medic. Club, 11. Mai 1898. —  
Wiener klin. Wochenschrift 1898 No. 21.)

**Tuberculose.** Einen Fall von echter hereditärer T. beschreibt Bonnet. Ein im 4. Lebensmonat gestorbenes Kind wies in der Lunge so alte käsige Herde auf, dass an eine Infection post partum, abgesehen von den dazu auch nicht angethanen äusseren Lebensbedingungen, nicht gedacht werden konnte. Die Mutter des Kindes war 2 Monate nach dessen Geburt an Phthise zu Grunde gegangen.

(Lyon médical 1898 No. 8. — Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 19.)

— **Primäre T. der Mundhöhle** sah Dr. Lenzmann (Duisburg) unter bemerkenswerthen Umständen. Pat., 26 Jahre alt, Mutter von 5 zarten Kindern, giebt an, dass ihre Mutter, ein Bruder und eine Schwester an T. gestorben seien. Sie selbst äusserst gracil gebaut, sehr nervös, aber bisher stets gesund. Lungen normal, Urin frei von Zucker und Eiweiss. Vor 3 Wochen liess sich Pat. vom Zahnarzt den ersten linken Molaren entfernen. Jetzt, seit einigen Tagen, in der Umgebung der Zahn-lücke ein grösserer Belag des Zahnfleisches, sich bis auf die gegenüberliegende Wangenschleimhaut erstreckend und in der Uebergangsfalte der letzteren zum Zahnfleisch ein rhagadenartiges Geschwür bildend. In den nächsten Tagen in der Umgebung des letzteren eine harte Infiltration, rasch auf die Unterlippe weiterschreitend und dort auch zur Geschwürsbildung führend. Jodkali und Quecksilber ohne jeden Erfolg. Nach häufigen Untersuchungen im vom Geschwürsgrund abgekratzten Material Tuberkelbacillen nachweisbar. Jetzt Pinselungen mit reiner Milchsäure, vorher Auskratzung. Kein Effect! Nur das Glüheisen schien dem Fortschreiten einigermaassen Einhalt zu thun. Trotzdem aber bald an der Oberlippe und der rechten Wangenschleim-

haut harte Infiltrate, sodann Ulcera. So ging es 3 Monate weiter, die Therapie vermochte dem Process nicht Einhalt zu thun. Sodann Infiltration der rechten Lungenspitze, unter hektischem Fieber weiterschreitend. Nach weiteren 3 Monaten Tod. — Bemerkenswerth war ausser dem Locus infectionis (Zahnfleischwunde) die Machtlosigkeit der Therapie, obwohl doch die reine Milchsäure auf den offen daliegenden Herd, der mit grosser Sicherheit allenthalben getroffen wurde, applicirt werden konnte.

(Versammlung westdeutscher Hals- u. Ohrenärzte in Köln, 17./IV. 98. — Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 25.)

- Einen Fall von traumatischer Lungentuberculose publicirt Dr. Rich. Schönfeld (Schöneberg). Der Pat. erlitt Anfang Januar 1897 beim Schmieren eines Wagens dadurch einen Unfall, dass ein anderer Wagen ins Rollen kam und Pat. zwischen die Felgen der Hinterräder seines und des anderen Wagens gerieth. Folge: Quetschung der rechten Brustseite, aber nicht so bedeutende, dass Pat. arbeitsunfähig wurde. Er arbeitete, allerdings stets über Brustschmerzen klagend, noch 8 Tage. Am 16./I. bekam er eine rechtsseitige Lungenentzündung, an der er 12 Wochen behandelt wurde; vom 10./IV. bis 18./VI. arbeitete er wieder, aber nicht so wie früher, da er viel an Husten und Kurzathmigkeit litt. Am 18./VI. wurde er von linksseitiger Lungenentzündung befallen, deren Behandlung 9 Wochen in Anspruch nahm. Nach der Genesung klagte er dauernd über Husten und Athemnoth, consultirte im Februar und März 1898 wiederholt den Arzt und konnte immer nur leichtere Arbeit verrichten. Seit dem 28./III. Pat. vollständig bettlägerig, fiebert, schwitzt Nachts, hustet sehr mit reichlichem Auswurf; in letzterem elastische Fasern und viel Tuberkelbacillen. Rechts Percussionsschall vorn von der Spitze bis zur 3. Rippe, hinten bis unter die Spina scapulae gedämpft, Athmungsgeräusch bronchial; über den übrigen Lungenparthieen reichliches Giemen und Rasseln. Pat. will bis zum Unfall immer gesund gewesen sein, war 2 Jahre (1889—91) Soldat, hat später 2 Uebungen mitgemacht. Sein Vater starb, 56 Jahre alt, an Lungenentzündung, die Mutter 64 Jahre alt; eine nach einem Wochenbett gestorbene Schwester soll

$\frac{1}{2}$  Jahr lang vor dem Tode an Husten gelitten haben. — Also die erste Folge der Quetschung der rechten Brustseite war eine rechtsseitige Lungenentzündung gewesen; dass diese mit dem Unfall in directem Zusammenhang stand, dafür sprach die Zeit der Entstehung und der Sitz. Obwohl solche Pneumonien durch Compression schon wiederholt nach Unfällen beobachtet sind, glaubt Autor doch hier von Anfang an eine Mischinfection von Pneumokokken und Tuberkelbacillen annehmen zu müssen (lange Dauer der Erkrankung!), wie auch die spätere linksseitige Pneumonie eine tuberculöse gewesen sein muss. Auf dem Boden dieser beiden Pneumonien haben sich die Tuberkelbacillen gut fortentwickeln können, woher es auch kam, dass die rechte Lungen Seite, wo der Erkrankungsprocess 6 Monate länger gedauert, die meisten nachweisbaren Veränderungen bot. Ein weiterer Stützpunkt für die Annahme einer tuberculösen Pneumonie ist die wesentliche Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, das so gelitten hatte, dass Pat. innerhalb eines Jahres vollkommen erwerbsunfähig wurde. Eine vor dem Unfall bestehende T. oder Disposition zu T. anzunehmen, weil eine Schwester  $\frac{1}{2}$  Jahr hustete, ist man nicht berechtigt, da Pat. ja völlig gesund gewesen sein muss (Militärdienst!). Somit bildet der Fall wieder einen Beweis für den Zusammenhang zwischen einem Unfall und der Entstehung von Lungentuberculose.

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1898 No. 6.)

- Einen Fall von Rippenfractur mit nachfolgender Phthisis theilte Robert Lord mit. Ein 29jähriger, bis dahin stets gesunder Mann, dessen Vater aber an Phthisis leidet, fällt gegen eine Tischkante und bricht die 3 oder 4 oberen Rippen. Er spuckt Blut und hat etwas Fieber. Im Zeitraum von einer Woche bildet sich eine Consolidation in der entsprechenden Lungenspitze aus und allmähig eine Caverne; im Sputum reichlich Tuberkelbacillen. Bald erscheint auch der Larynx afficirt, später der Pharynx gleichfalls, und 6 Monate post trauma stirbt der Pat. Die Rippenfractur, zweifellos mit einer Lungenverletzung complicirt, bildete bei dem hereditär belasteten Individuum jedenfalls

den Locus minoris resistentiae, an dem die wahrscheinlich im Körper latenten Bacillen einen Angriffspunkt fanden.

(Lancet, 7. Mai 1898. — Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 24.)

- **Entwicklung eines Solitärtuberkels im Gehirn nach Trauma** beschreibt Dr. Brauneck (Knappschafts-Lazareth Sulzbach). Ein 33jähriger, kräftig und gesund aussehender Bergmann erlitt am 1./VIII. 96 durch ein herabfallendes Steinstück in der Höhe des oberen Ansatzes der linken Ohrmuschel, etwa 11 cm hinter derselben, eine 3,5 cm lange Wunde der Kopfschwarte. Während einer Stägigen Behandlung verheilte die Wunde, ohne dass eine weitere Störung sich bemerkbar gemacht hatte, und nahm der Mann seine Arbeit wieder auf. Als sich dann Anfang September Schmerzen am Hinterkopf einstellten, die allmähig zunahmen, begab sich Pat. wieder in ärztliche Behandlung, ohne dass jedoch die intensiven Kopfschmerzen dauernd gebessert werden konnten, da sich noch krankhafte Erscheinungen Seitens des Gehirns einstellten, Aufnahme ins Lazareth. Pat. sehr abgemagert und blutarm, Puls klein, etwas beschleunigt, Temperatur nicht erhöht; auf beiden Lungen vielfach pleuritischen Reibegeräusch; der 1. Ton an der Herzspitze etwas unrein; Urinbefund normal; völlige Appetitlosigkeit mit häufigem Erbrechen; Hauptklagen: andauernde, äusserst heftige Kopfschmerzen, besonders im Hinterkopf; mit dem Knochen nicht verwachsene, nicht druckempfindliche Narbe als Residuum der Wunde; beiderseits ausgesprochene Stauungspapille. Im weiteren Verlauf krankhafte Zuckungen in den Extremitäten, und als gegen Ende März unter Fortdauer des Erbrechens Fieber auftrat, schwand das Bewusstsein allmähig und erfolgte unter Zunahme des Schwächezustandes und der Krämpfe am 6./IV. der Tod. Obductionsbefund: ausgedehnte pleuritische Schwarten auf beiden Seiten, sehr ausgedehnte tuberculöse Meningitis und im vorderen Theil des linken Kleinhirns eine etwa wallnussgrosse Geschwulst, ein typischer Solitärtuberkel mit Tuberkelbacillen in den Rändern. — Autor nimmt entschieden an, dass bei dem tuberculös beanlagten Mann (Pleuritis!) sich der tuberculöse Process im Gehirn auf

Grund des Traumas entwickelt hat (Sitz der Geschwulst in der Gegend der Gewalteinwirkung, bald nach der letzteren in ununterbrochener Folge Störungen des Gehirns bei einem bis dahin davon gänzlich freien Individuum!).

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1898 No. 4.)

**Tumoren.** Zur Casuistik der traumatischen Epithelocyste berichtet Privatdocent Dr. Vulpus (Heidelberg) über folgenden Fall: Ein jetzt 31½ Jahre alter Knabe wurde ihm vor Jahresfrist zugeführt. Er war einige Tage vorher eine Treppe herunter aufs linke Schienbein gefallen. Dieses war bei völlig unversehrter Haut zwischen mittlerem und unterem Drittel mässig verdickt und recht empfindlich, Gehen und Stehen wurden verweigert. Es lag eine starke Quetschung und vielleicht eine leichte Infractio der Tibia vor. Unter fixirendem Verband verschwanden die subjectiven und objectiven Symptome innerhalb einiger Wochen. Jetzt, 11 Monate nach dem Unfall, wurde Pat. wieder gebracht wegen einer seit einigen Wochen bemerkten Anschwellung am gleichen Schienbein. Genau an der Stelle der früheren Verletzung fand sich ein prallelastischer Tumor von Form und Grösse einer Haselnuss, ohne Beziehung zur Haut, festsitzend an der Innenfläche der Tibia. Bei der operativen Entfernung entpuppte sich die Geschwulst als unzweifelhaftes Atherom mit sehr derber Kapsel, die an der Basis sehr innige Verbindung mit dem Periost aufwies. Die Tibia besass eine seichte Delle als Folge des Druckes. — Der zeitliche, wie räumliche Zusammenhang zwischen Trauma und Geschwulstbildung machen den causalen Connex gewiss höchst wahrscheinlich.

(Centralblatt f. Chirurgie 1898 No. 13.)

— Einen Beitrag zur Frage der Uebertragbarkeit von Warzen liefert Dr. O. Lanz (Bern). Ein Junge war mit solchen behaftet; an einer Stelle umgab ein Schwarm kleiner Wärschen eine grosse Mutterwarze. Lanz versuchte nun an einer anderen Stelle, wo eine grosse Warze allein stand, ähnliche Tochterwarzen experimentell zu erzeugen, weshalb er jene Warze täglich mit dem Zeige- und Mittel-

finger seiner rechten Hand kräftig verrieth. Aber die Nachbarschaft inficirte sich nicht! 2 Monate später jedoch entdeckte Lanz an der Zeigefingerbeere seiner rechten Hand eine kleine Warze, 14 Tage später eine weitere an der 2. Phalanx auf der Vorderfläche des Mittelfingers und 1 Woche darauf eine dritte an der Fingerbeere des Mittelfingers, welche alle allmählig grösser wurden und sogar mit dem Thermokauter vertilgt werden mussten. Also gerade die Finger, die zum Einreiben gedient, waren befallen! Lanz hat vorher nie Warzen gehabt! Es muss wohl doch ein Infectionsträger vorhanden sein.

(Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1898 No. 9.)

- Eine aberrirte Struma unter der Brusthaut beschreibt F. Hofmeister (Tübingen, chirurg. Klinik). Ein 34-jähriger Mann ist seit 20 Jahren mit einer Struma behaftet. Zu ihr gesellte sich vor ca.  $\frac{1}{2}$  Jahr ein Tumor an der Brust, der in der letzten Zeit rasch sich vergrösserte, und fast Mannskopfgrösse erreichend, vom Schlüsselbein bis zur 6. Rippe reichte. Punction; 1060 ccm gelblicher Flüssigkeit. Wiederholung der Entleerung nach 3 Wochen, Injection von 20 ccm 10%igem Jodoformöl; es blieb nur eine längliche Erhebung von  $\frac{1}{2}$  Enteneigrösse übrig. Bei der Halscyste, deren Balg nicht mehr zart und nachgiebig war, sondern Kalkplatten enthielt, die gleiche Behandlung erfolglos, indem die Cyste sich immer wieder füllte.

(Beiträge zur klin. Chirurgie 1898 Bd. 20 Heft 3.)

- Ein wallnussgrosser fibro-mucöser Schleimpolyp in der Nase, den Demme beobachtete, bot bemerkenswerthe Einzelheiten. Autor wurde vor 3 Tagen von einem jungen Mädchen wegen üblen Geruches aus der rechten Nase consultirt, aus der ihr seit einiger Zeit „Fleischstücke abgingen“. Septum nach links verbogen, links ganz flache Crista; rechts, 8 cm hinter dem Naseneingang, eine weisse, schwammige, mit graugrünem, stinkendem Secret bedeckte Masse, welche die Vorderfläche jenes wallnussgrossen Polypen bildete, der von der mittleren Muschel entsprang. Entfernung mit der Schlinge. Der Tumor war  $3\frac{1}{2}$  cm lang und  $2\frac{1}{2}$  cm breit; vorn lag in der Ausdehnung von

2 $\frac{1}{2}$  Quadratcentimeter eine schmutziggraue, stinkende nekrotische Parthie, welche nur an einzelnen kleinen Stellen deutlich vom fibrösen Polypengewebe demarkirt war. Der Polyp machte in seiner Färbung einen anämischen Eindruck und zeigte dicht über der nekrotischen Parthie eine furchenartige Einschnürung, welche genau der Stelle entsprach, die zwischen unterer Muschel und Septum sass. Nekrotische Parthieen an Nasenpolypen finden wir ja gewöhnlich nur an ausserhalb der Nase gelegenen Polypen, nur selten kommt in der Nase eine solche vor. Das Mädchen wollte nie in der Nase mit Haarnadeln u. dgl. herumgepetert haben, und die Entfernung vom Naseneingang, 3 cm, sprach auch nicht dafür; es handelte sich zweifellos um Drucknekrose.

(Laryngol. Gesellschaft in Berlin, 7./I. 98. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 21.)

- Einen eigenartigen klinischen Verlauf eines Magencarcinoms beschreibt Prof. Rumpel im Anschluss an die Demonstration des betreffenden Präparats. Das Carcinom war an der kleinen Curvatur und hinteren Magenfläche gelegen, hatte die rechte und hintere Seite der Cardia übergangen und war theilweise in den Oesophagus fortgewuchert. Eine Stenosirung war durch den Tumor nicht bedingt gewesen und hat sich auch bei zahlreichen Sondirungsversuchen intra vitam nicht nachweisen lassen. Bei dem 48jährigen, seit  $\frac{3}{4}$  Jahren an zunehmender Entkräftung leidenden Manne waren weder objective, noch subjective Anzeichen vorhanden gewesen, welche auf ein Magenleiden hinwiesen; Erbrechen, Schmerzhaftigkeit fehlten, der Appetit war zufriedenstellend, der ausgeheberte Mageninhalt enthielt Salzsäure und war frei von abnormen Bestandtheilen. Das einzige Symptom war Entleerung eines massenhaften, täglich  $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$  Liter betragenden, schleimig-eitrigen Ausflusses, welcher namentlich des Morgens unter Hustenstössen schmerzlos expectorirt wurde. Nach der Art der Entleerung, wie nach dem makroskopischen Aussehen des nicht übelriechenden Auswurfs musste man annehmen, derselbe entstamme den Luftwegen (mikroskopisch: massenhaft Pflasterepithelien neben reichlichen Eiterkörperchen). Doch kein intensiverer Pharynx- und Larynxkatarrh, Lungenbefund dauernd negativ! So kam Autor dazu, jenen Aus-

wurf auf einen schweren Katarrh der Oesophagus-schleimhaut zu beziehen, wie er in der Umgebung maligner T. der Speiseröhre oder Cardia wohl gelegentlich vorkommt (Section: chronische Oesophagitis). — Wie sehr das Vorhandensein eines solchen Auswurfs Täuschungen hervorrufen kann, beweist der Fall eines 45jährigen Arztes, der an einen in der Höhe der Bifurcation sitzenden, nur wenig prominenten Speiseröhrenkrebs starb. Intra vitam waren nur ganz geringe Stenoseerscheinungen, aber eine sehr reichliche Expectoration eines schleimig-eitrigen Auswurfs vorhanden gewesen, und der Pat. blieb bis zum Tode in dem festen Glauben, er leide an vorgeschrittener Phthise!

(Biolog. Abtheilung des ärztl. Vereins Hamburg, 7. Juni 1898. — Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 28.)

### **Typhus abdominalis. Tinct. Jodi als Darmdesinficiens**

bei T. und anderen acuten infectiösen Magendarm-affectionen empfiehlt warm Dr. Grosch (Oeslau), der das Mittel bei 300 Fällen als gefahrlos und recht wirksam schätzen gelernt hat. Beim Kindertyphus wirkte es vortrefflich, geradezu coupirend, alle acht Stunden zu 2—4 Tropfen (je nach Alter) in Zuckerwasser gegeben (meist 3 Tage hindurch, Gesamtverbrauch also 20—40 Tropfen) und von allen Kindern so gern genommen und gut vertragen; das Fieber fiel schnell (in einigen Tagen zur Norm!), das Bewusstsein wurde bald klar, der Durchfall schwand, der Appetit kehrte zurück etc. Aehnlich beim T. Erwachsener (6 Tropfen 3—4 Mal in 24 Stunden); obgleich unter den 40 Pat. mehrere bereits über 60 Jahre waren, verlor Autor keinen, das Fieber schwand bald, dergleichen die übrigen Erscheinungen, sodass in leichten Fällen sehr bald, in mittelschweren nach 2—4 Wochen Genesung eintrat, immer aber die Gefahr sehr bald verringert schien (im Durchschnitt genügten 3—5—7 gr.). Eine andere Therapie fand nicht statt (nur Wein oder Cognac wurde gereicht), nur dass bei anfänglicher Verstopfung event. Ricinusöl ordinirt wurde. — Das Mittel bewährte sich ferner bei infectiösen acuten Magendarmkatarrhen mit hohem Fieber oder mit protrahiertem Verlaufe und mässig typhösen Erscheinungen, Brechdurchfall mit Fieber, Leibschmerz, Erbrechen, stinkenden



Durchfällen, Glieder- und Kopfschmerzen, bei acuter Gastroenteritis der Säuglinge (3 Mal tägl. 1 Tropfen), bei acutem Duodenalkatarrh mit Ikterus etc. und bei Influenza mit gastrischen Erscheinungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 25.)

- **Neuritis des Plexus brachialis im Verlaufe eines T. sahen Poix und Gaillard bei einem 22jährigen Pat. auftreten. Die Neuritis begann mit Schmerzen im rechten Arm, denen bald eine Parese und schliesslich Atrophie der Schultermuskeln folgte; die Sensibilität der Haut daselbst herabgesetzt, Entartungsreaction der betroffenen Muskeln.**

(4. franz. Congress für innere Medicin. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 25.)



## Vermischtes.

---

- Die Behandlung des Malaria-Milztumors mit dem Aetherspray hat Prof. Raimondi (Sienna) bereits vor drei Jahren empfohlen. In der letzten Zeit hatte er Gelegenheit, dies Verfahren in 12 Fällen mit bestem Erfolge anzuwenden. Die Aetherzerstäubung wurde mittelst des Richardson'schen Apparates 2 Mal täglich in der linken Bauchhälfte gemacht, während die andere Seite durch eine Lage Watte geschützt war. Die örtliche Abkühlung und Ischaemie waren von einer mehr weniger lebhaften Reaction gefolgt, welche sich durch Röthe und Wärme der Haut und durch Jucken kundgab. Die Pat. gaben vom 1. Tage eine Erleichterung an; die Schmerzen in der Milzgegend wurden erträglicher, die Athmung freier, und alsbald konnte man auch objectiv eine Verkleinerung der Milz constatiren, welche nach ca. 1 Monat zur Norm zurückkehrte.

(Wiener medic. Presse 1898 No. 23.)

- Bei hartnäckigem Erbrechen giebt Pick:

Rp.

*Menthol.* 0,02

*Tct. theb.* 5,0

*Spirit. rectificatiss.* ad 20,0.

M. D. S. 10—20 Tropfen, nach Bedarf  
mehrmals täglich.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 24.)

- Als Mittel zur Unterstützung der Ernährung bei Magenkrankheiten empfiehlt Dr. Albu (Berlin) die Einführung von Nahrung mittelst des Magenschlauches in unmittelbarem Anschluss an die Magenausspülung bei solchen Magenkrankheiten, welche die letztere aus therapeutischen Gründen regelmässig er-

heischen und wo der Ernährungszustand tief darniederliegt, weil man entweder den Pat. nicht die genügende Menge an Nahrung zuführen kann (Erbrechen u. dgl.) oder letztere nicht genügend verdaut und ausgenützt wird (Pylorusstenose mit Magendilatation!). Wenn man hier 1 bis 2 Mal täglich im Anschluss an die Magenausspülung leicht resorbirbare, aber sehr nahrhafte Nahrungsmittel dem Magen direct zuführt, so kann man, wie Autor sich wiederholentlich überzeugt hat, recht viel erreichen, das Gewicht heben, das Leben verlängern. Vor Allem kommt Milch in Betracht. Man giesst auf die sorgfältig gereinigte Magenschleimhaut durch den Schlauch langsam  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Liter auf; hat man sie vorher auf die Hälfte einkochen lassen, so kann man mit der Hälfte des Quantum event. die doppelte Nahrung in der Zeiteinheit einführen. Natürlich sind Zusätze (Ei, Cacao, Somatose, Hafermehl etc.) ganz am Platze, wie man auch Brühe und Suppen aller Art (mit Zusätzen) einbringen kann. Nebenher in 1—2stündlichen Pausen die natürliche Nahrung! Denn durch jene künstliche kann man ja nie dem Nahrungsbedürfniss genügen, wohl aber zur Befriedigung desselben wesentlich beitragen, namentlich da, wo der Appetit gering ist oder das zugeführte Nahrungsquantum nur theilweise verdaut oder gar erbrochen wird; das kann freilich auch mit der künstlich zugeführten Nahrung geschehen, aber viel seltener. Bedenkt man nun, dass z. B. 1 Liter Milch, auf die Hälfte eingekocht und mit 1 Ei abgezogen, 657 Calorien ausmacht, so wird man den Werth der Methode als unterstützendes Mittel einsehen.

(Therap. Monatshefte 1898 No. 4.)

---

## Bücherschau.

---

— Das bei O. Coblentz (Berlin) erschienene „Therapeut. Vademecum der Haut- und Geschlechtskrankheiten“ Dr. R. Ledermann's (gbd. M. 3) wird dem prakt. Arzt gewiss hochwillkommen sein. Gerade dies Gebiet hat in neuester Zeit bekanntlich so grosse Veränderungen und Erweiterungen erfahren, dass ein Vademecum von bestem Nutzen sein muss. Sowohl die allgemeine, in- und externe Behandlung, wie die specielle der einzelnen Affectionen wird kurz skizzirt, alles Wissenswerthe angeführt, jedes Mal Receptformeln beigebracht, — kurz ein empfehlenswerthes Repetitorium und Nachschlagebuch, das zweifellos seinen Weg machen wird.

— Vom Handbuch der Ernährungstherapie, herausgegeben von Prof. Leyden (Leipzig, Verlag von G. Thieme) ist die 2. Abtheilung des I. Bandes erschienen (Preis: M. 5), enthaltend: Mendelsohn „Die Technik und der Comfort der Ernährung“, Leube „Ueber künstliche Ernährung“, F. A. Hoffmann „Diätetische Curen“. In erschöpfender, dabei präciser Darstellung, die durch eine Anzahl vorzüglicher Abbildungen noch gehoben wird, werden dem Leser die betreffenden Themata vor Augen geführt, die für die Praxis von ungeheurer Wichtigkeit sind. Der Praktiker findet in dem Werke mannigfache Anregung und Belehrung und dürfte dasselbe mit grossem Interesse und Nutzen lesen.

— Aus dem jüngst erschienenen 16. Bande der bekannten Realencyclopädie der gesammten Heilkunde von Prof. Eulenburg (Urban & Schwarzenberg, Wien) greifen wir wieder zur Illustration dessen, was in dem bekannten Sammelwerk geboten wird, folgende Artikel heraus: „Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik“ v. Ascher, „Muskel“ v. Löbker, „Myoklonie“ v. Unverricht, „Myxödem“ v. Buschan, „Nabelbruch“ v. Englisch, „Nährpräparate“ v. Munk, „Naevus“ v. Delblanco, „Nagelkrankheiten“ v. Schwimmer, „Naht“ v. Wolsendorff, „Narkose“ v. Kionka, „Nasenhöhle“ v. Zuckerlandl. „Nasenkrankh.“ v. K. v. Bardai.

hautablösung“ v. Goldzieher. Jedem Artikel sind ganz genaue Litteraturverzeichnisse und vortreffliche Illustrationen beigegeben, die den Werth des Werkes noch wesentlich erhöhen. — Von Monti's „**Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen**“ liegt Heft 4 (M. 3,75) vor, in welchem der Verfasser in ausgezeichnete Weise eine Darstellung der Magen- und Darmkrankheiten liefert. Der Praktiker wird das kleine Buch ganz in seinem Sinne geschrieben finden; er erhält darin nicht nur eine durchaus complete, aber präzise Schilderung des schwierigen Gebietes und viele vortreffliche, vor allem therapeutische Winke darin eingestreut, deren Verwerthung ihm von Nutzen sein dürfte.

— Zur Abfassung eines Werkes über die **Pathologie und Therapie der Sterilität beider Geschlechter** haben sich Prof. E. Finger und Prof. M. Sängner vereinigt. Der I. Theil des Werkes, von Finger bearbeitet und das männliche Geschlecht betreffend, ist jüngst erschienen (Verlag von A. Georgi, Leipzig, M. 3) und kann dem Praktiker warm empfohlen werden. Der in diesem Gebiete sehr erfahrene Autor behandelt die beiden Abschnitte: „**Impotentia coeundi**“ und „**Impotentia generandi**“ in eingehender und fesselnder Weise und versteht es, auch die schwierigeren Details dem Leser klar zu machen und ihm stets für die tägliche Praxis Directiven zu geben. Wenn Sängner, was zu erwarten ist, seine Aufgabe in gleicher Weise löst, so wird das Werk dem prakt. Arzt die besten Dienste leisten.

— 2 im Verlage von Julius Springer (Berlin) jüngst erschienene Werke sind geeignet, die Aufmerksamkeit auch des prakt. Arztes auf sich zu ziehen. Das eine „**Die Arzneimittel der organischen Chemie**“ von Dr. H. Thoms (Preis gebd. M. 6) ist kein Neuling mehr in der Litteratur, da die II. Auflage des Buches vorliegt. In alphabetischer Anordnung findet man darin alle die hierher gehörigen Arzneimittel aufgezählt, und in einzelnen Rubriken werden Formel, Darstellung, Eigenschaften und Anwendung (der therapeutische Theil von Langgaard durchgesehen) kurz, aber zur genauen Orientirung genügend eingehend, angeführt. Da zudem auch die Firmen, denen die Mittel patentirt sind, bezeichnet werden, findet man Alles in dem Werke, was man eventuellen Falls benötigt. Heutzutage, wo sich der gewöhnliche Sterbliche kaum noch in dem Gewirr von Namen und Arzneikörpern zurechtfindet, ist ein solches Werk gewiss am Platze, zumal, wenn es, wie das ~~legende, seine~~ <sup>liegende, seine</sup> Aufgabe in so gewissenhafter und ansprechender <sup>füllt.</sup> Auch die Ausstattung ist eine sehr gediegene. — ~~rebenen~~ <sup>eben</sup> Gründen wird auch das andere Werk „**Die**

**neuen Arzneidrogen aus dem Pflanzenreiche**“ von Prof. Dr. C. Hartwich (Preis: M. 12) hochwillkommen sein. Auch hier ist mit Recht die alphabetische Aufzählung gewählt worden, da sie am besten rasches Zurechtfinden gewährleistet. Autor hat die seit dem Jahre 1880 in der Litteratur genannten Arzneidrogen kurz, aber genügend, verarbeitet und durch Litteraturangaben bei jedem Artikel auch dem, der sich genauer orientiren will, ein gutes Hilfsmittel in die Hand gegeben. Wer die Fülle des Materials in diesem Buche kennen lernt, wird sofort auch über das Bedürfniss desselben für die Praxis mit dem Verfasser einig sein.

— Zwischen den grossen, vielfach vorhandenen Werken über Diätetik und den kleinen Compendien hält das jüngst bei F. Enke (Stuttgart) erschienene Buch von Prof. Moritz „**Grundzüge der Krankenernährung**“ (Preis: M. 9) die richtige Mitte ein. Nehmen wir noch dazu, dass die einzelnen Capitel in Form von Vorlesungen geschrieben sind, welche Form die Lebendigkeit der Darstellung wesentlich erhöht, so haben wir bereits 2 Vorzüge, welche dem Buche von vornherein die Sympathieen der Leser zusichern. Aber der Autor versteht es auch vortrefflich, in wenigen Worten viel und doch in klarer Weise zu sagen, er versteht es, Nebensächliches bei Seite zu lassen, aus allgemeinen Gesichtspunkten heraus auf speciellere Dinge einzugehen, die für die tägliche Praxis von Wichtigkeit sind, die Eintheilung des Stoffes ist eine übersichtliche, — kurz, wir haben Grund genug, die Anschaffung des Werkes durchaus zu empfehlen.

— Haben alle Bände der **Lehmann'schen Atlanten** (München, J. J. Lehmann) bei der Kritik und den Collegen mit Recht die günstigste Aufnahme gefunden, so scheint dies mit Bd. VIII, **Helferich, Atlas und Grundriss der traumatischen Fracturen und Luxationen** in ganz besonderem Maasse der Fall gewesen zu sein. Von dem Ende 1894 erschienenen Bande liegt jetzt bereits die 4. Auflage vor. Wunderbar erscheint das freilich nicht, wenn man bedenkt, dass der starke Band mit seinen 68 Tafeln und 137 Figuren im Text, welcher letzterer sich durch Klarheit, Präcision und Vollständigkeit auszeichnet, dem Leser für den billigen Preis von M. 12 (incl. Prachtdecke) alles bietet, dessen er zur Kenntnissnahme des oft so schwierigen und verwickelten Gebietes bedarf.



## Namen-Verzeichniss.

### A.

Aemmer 108.  
 Ahlfeld 219.  
 Albu 451, 568.  
 Aldor 384.  
 Angyán 282.  
 Anthony 111.  
 Antonelli 499.  
 Apostolis 539.  
 Arendt 437.  
 Arning 106.  
 Arnold 130.  
 Asselbergs 371.  
 Axenfeld 396.

### B.

Bachmann 481.  
 Bäumler 520.  
 Bayer 320, 440.  
 Bechterew 398.  
 Benario 356.  
 Benda 339.  
 Bennecke 405.  
 Berdach 352.  
 Bergmann 134.  
 Berkholz 277.  
 Berlin 106.  
 Betske 107.  
 Beuttner 192.  
 Biddle 349.  
 Binder 56.

Binz 116.  
 Bitot 293.  
 Blaschko 171, 394.  
 Bloch 319, 386.  
 Boas 185.  
 Bock 259.  
 Bodeker 113.  
 Böhm 64.  
 Bötticher 310.  
 Bohm 178.  
 Bonnet 559.  
 Bottini 144.  
 Brandeis 160.  
 Brandis 415.  
 Bratz 402.  
 Braun 257, 350, 359.  
 Brauneck 562.  
 Breitung 261, 345,  
 370.  
 Bresler 167.  
 Brocq 27, 259.  
 Brosch 144.  
 Brown 511.  
 Brown-Séguard 494.  
 Bruck 213, 395.  
 Bruhns 517.  
 Brunner 385.  
 Bruns 75, 146, 238,  
 397.  
 Brutzer 331.  
 Bubenhofer 111.

Bülau 29.  
 Bulkley 402.  
 Burghart 379.  
 Burwinkel 337.  
 Busch, zum 482.  
 Buschan 120.  
 Bussenius 32.

### C.

Carnot 202.  
 Carstuirs 259.  
 Casper 409.  
 Cesare, de 260.  
 Charcot 544, 545.  
 Chiari 555.  
 Chvostek 296.  
 Claisse 214.  
 Clarke 13.  
 Clay 495.  
 Cohn 2, 208, 317.  
 Comby 531.  
 Coombs 181.  
 Cornet 425.  
 Courtade 374.  
 Credé 485.  
 Cumston 357.

### D.

Dakura 375.  
 Darier 396, 505.  
 Demme 564.

Deneffe, v. 492.  
 Dent 451.  
 Deutschmann 428.  
 Dickinson 88.  
 Dinkler 332.  
 Domino 115.  
 Dornblüth 175.  
 Doutrelepont 23, 33.  
 Drews 224, 508.  
 Dreyfuss 439.

**E.**

Ebersson 247.  
 Ebstein 15, 402.  
 Edlefsen 359.  
 Ehrmann 501, 507.  
 Eichhoff 119, 173,  
 414.  
 Einhorn 52.  
 Elschning 190.  
 Elze 200, 353.  
 Engel 350.  
 Engel, v. 223.  
 Erlenmeyer 116.  
 Étienne 90.  
 Eulenburg 329.  
 Ewald 206, 421.

**F.**

Faber 49.  
 Fasano 114, 129.  
 Fehling 495.  
 Feige 534.  
 Fein 1.  
 Fieux 225, 466.  
 Filipowicz 429.  
 Fink 494, 535.  
 Fischer 403, 493.  
 Flechsig 401, 402.  
 Flügge 132, 425.  
 Fournier 393.  
 Fränkel 90, 383, 408.  
 Franck 327.

Frankenburger 543.  
 Frankl v. Hochwarth  
 545.  
 Freudenberg 47, 144.  
 Freudenthal 167.  
 Freudweiler 136.  
 Frey 176, 225.  
 Frickenhaus 260.  
 Friedländer 357.  
 Fürst 166.

**G.**

Gaehde 361.  
 Gagzow 337.  
 Gaillard 567.  
 Gauthier 9.  
 Gebert 394.  
 Gerhardt 90.  
 Géronne 20.  
 Geronzi 54.  
 Geyer, v. 442.  
 Gisler 129.  
 Gläser 38.  
 Glorieux 329.  
 Görlitz 218.  
 Goldfarb 143.  
 Goldmann 238.  
 Gorodecki 533.  
 Gosewer 525.  
 Gowers 543, 545.  
 Graff 428.  
 Grawitz 377.  
 Grittner 267.  
 Grosch 566.  
 Grout 233.  
 Gumprecht 430.  
 Gussenbauer 21.  
 Gyurmann 283.

**H.**

Habel 279.  
 Habermann 390.

Hadden 13.  
 Hähnle 215.  
 Hager 36.  
 Hale 501.  
 Halban, v. 543.  
 Hamant 35.  
 Hampeln 90.  
 Hansen 170.  
 Hansy 103.  
 Hanszel 225.  
 Harley 421.  
 Haun 296.  
 Heddäus 476.  
 Heidenheim 349.  
 Heil 467.  
 Heinz 52.  
 Helbron 552.  
 Heller 534.  
 Hennemann 218.  
 Henschen 540.  
 Henssen 498.  
 Herzfeld 33.  
 Heubner 182, 283.  
 Heuss 286.  
 Heusser 77.  
 Hildebrandt 79.  
 Hirsch 112.  
 Hitschmann 390, 508.  
 Hitzig 545.  
 Hochhalt 283.  
 Hoffa 6.  
 Hofmann, v. 228.  
 Hofmeister 564.  
 Hoke 59, 234.  
 Holländer 381.  
 Holstein, de 216.  
 Honigsmann 257.  
 Honneffer 79.  
 Honsell 464.  
 Hopmann 309.  
 Horwitz 504.  
 Huber 166, 275, 379.  
 Hüttner 89.



**I.**

Ide 173.

**J.**

Jacob 376.  
 Jacobi 174.  
 Jäger 350.  
 Jaffé 304.  
 Jaksch, v. 19, 59, 60,  
 234.  
 Jamieson 421.  
 Janet 162, 317, 319.  
 Jessen 427.  
 Jessner 197, 253, 301.  
 Joachim 430.  
 Jordan 36, 518.  
 Joseph 358.

**K.**

Kaiser 357.  
 Kantorowitz 139.  
 Kaposi 21, 325, 379.  
 Kappesser 129.  
 Karajan v. 232.  
 Karcher 86.  
 Karewski 404.  
 Karplus 506.  
 Katz 28.  
 Kehrer 66.  
 Kellner 402.  
 Kernig 346.  
 Kerschensteiner 118.  
 Kimig 493.  
 Kindler 440.  
 Kirstein 517.  
 Klaussner 154.  
 Klippel 293.  
 Kobert 518.  
 Koch 92.  
 Kocher 10.  
 Köhler 10.  
 Kölbe 236.

Königshöfer 539.  
 Körner 247.  
 Kohlhaas 330.  
 Kolb 4.  
 Kolbassenko 139.  
 Koplik 455.  
 Kornfeld 389.  
 Kortmann 126.  
 Krämer 355.  
 Krafft-Ebing 546.  
 Kramer 497.  
 Krauss 181.  
 Krecke 149, 416.  
 Kromayer 332, 384.  
 Krzystalowitz 177.  
 Kühn 508.  
 Künne 274.  
 Küster 10.  
 Küttner 556.  
 Kuhnt 98.

**L.**

Lammers 29.  
 Landau 247, 532.  
 Landerer 77, 355.  
 Lang 323.  
 Langborne 15.  
 Langsdorff, v. 241.  
 Lanz 563.  
 Laudenhimer 523.  
 Lauenstein 479.  
 Laurenti 386.  
 Lauterbach 17, 112.  
 Lehmann 103, 270,  
 273.  
 Leick 33, 530, 536.  
 Lenz 316.  
 Lenzmann 559.  
 Leo 460.  
 Lesser 290, 392.  
 Leusser 67.  
 Lewin 415.  
 Lewy 225, 507.

Leyden, v. 15.  
 Liebreich 130, 247.  
 Liegel 464.  
 Lindemann 100.  
 Lobit 532.  
 Löw 65.  
 Logucki, v. 31.  
 Lohmann 51.  
 Lord 561.  
 Lotheissen 76.  
 Lublinski 240.  
 Ludwig 467.  
 Lutaud 67.

**M.**

Mackness 469.  
 Maczewski, v. 31.  
 Magenau 80.  
 Mannheimer 4.  
 Manz 350.  
 Maragliano 36.  
 Marcuse 368.  
 Marsh 329.  
 Martin 190.  
 Marx 222.  
 Masnarel 286.  
 Matzenauer 555.  
 Mayer 9.  
 Mehler 153.  
 Mergel 199.  
 Mertens 538.  
 Metall 177.  
 Meyer 69, 71, 110,  
 241, 525.  
 Michailow 505.  
 Monin 517.  
 Morelli 239.  
 Müller 33, 99, 160,  
 459.  
 Müller de la Fuente  
 11.  
 Munk 456.

**N.**

Naegeli-Akerblom  
345, 374.  
Nassauer 55.  
Nasse 305.  
Natanson 53.  
Neisser 164, 170, 357.  
Nencki, v. 31.  
Neuhaus 319.  
Neumann 325, 422.  
Neumayer 154.  
Nicolaier 5.  
Niewerth 471.  
Nonne 427.  
Nothnagel 494.

**O.**

Obermüller 37.  
Oberst 257, 437.  
Öttinger 549.  
Openchowski 284.  
Oppenheim 410.  
Ortner 82.  
Orth 61.  
Ostermayer 137.

**P.**

Paci 419.  
Palleske 455.  
Paschkis 177.  
Pel 340.  
Perémi 283.  
Pergens 491.  
Peyser 262.  
Pezzoli 5.  
Philippson 29.  
Pick 568.  
Piorkowski 490.  
Piretti 4.  
Pitres 293.  
Poix 567.  
Pollnow 187.  
Porges 361, 371, 429.

Prochownik 67.  
Profanter 14.  
Proskauer 97.  
Pukalow 99.  
Purslow 467.

**Q.**

Qain 495.  
Quincke 530.

**R.**

Rabinowitsch 37.  
Rabow 374, 430.  
Radestock 156.  
Radziszewski 369.  
Raimondi 568.  
Reboul 203.  
Rehn 285.  
Reichel 517.  
Reinhold 152.  
Rémy 35.  
Reuter 156.  
Rheins 167.  
Richter 61.  
Riecke 311.  
Rille 176.  
Rindfleisch 540.  
Römheld 63.  
Rokitansky, v. 225.  
Roos 51.  
Rosenberg 74, 421,  
444, 453.  
Rosenheim 208, 419,  
446.  
Rosenstein 245.  
Rosenthal 395, 490.  
Rostowczew 331.  
Roth 161.  
Roosing 42.  
Rózsás 260.  
Rubinstein 438.  
Ruge 89, 466.  
Rulzow 107.

Rumpel 427, 565.  
Rumpf 33.

**S.**

Saalfeld 142, 431.  
Sabrazès 293.  
Sachs 127.  
Sänger 431.  
Sahli 126.  
Saloschin 322.  
Salzwedel 65.  
Samson, v. 535.  
Savor 46.  
Schäffer 546.  
Schech 12.  
Schilling 271.  
Schleich 2, 149.  
Schlesinger 524.  
Schlosser 447.  
Schlossmann 488.  
Schmey 141, 378.  
Schmidt 14, 188, 325.  
Schmitt 363.  
Schmorl 189.  
Schneider 527.  
Schön-Ladniewski  
195.  
Schönfeld 560.  
Scholz 169.  
Schrader 235.  
Schreiber 143, 162,  
326, 536.  
Schröder 32, 263.  
Schubert 374.  
Schüller 439.  
Schuster 165.  
Schwersenski 294.  
Seeligmann 64, 344.  
Sehrwald 315.  
Sick 43.  
Simonsohn 2, 367.  
Slawyk 455.  
Smith 15.

Sölder, v. 306.  
 Solberg 28.  
 Späth 474.  
 Speranski 336.  
 Spiegel 378.  
 Spitzer 44.  
 Sokolow 506.  
 Stampfe 248.  
 Standtke 144.  
 Starck 268.  
 Steavenson 112.  
 Stein 210.  
 Steiner 122, 295.  
 Steinfeld 110.  
 Stern 162.  
 Stendel 366.  
 Sticker 27.  
 Stieda 221.  
 Stiel 92, 354.  
 Stockmann 214.  
 Stransky, v. 18.  
 Strauss 291, 320, 356,  
 462, 478.  
 Strebel 528.  
 Ströll 173, 309.  
 Strübing 15.  
 Strümpell, v. 446.  
 Stumpf 541.  
 Szumann 369.

**T.**

Takaki 429.  
 Tavel 10.  
 Teichmüller 424.

Temesvary 225.  
 Terson 169.  
 Teufel 509.  
 Thomson 507.  
 Tietze 359.  
 Tippel 490.  
 Tizzoni 125.  
 Töpfer 138.  
 Tommasoli 419.  
 Treitel 240.  
 Treupel 519.  
 Treutler 91.  
 Troitzky 119.  
 Troynam 467.

**U.**

Uckermann 217.  
 Ullmann 24.  
 Unna 289, 370, 382,  
 409, 413, 476, 500,  
 548.  
 Unterberger 130.  
 Urban 117, 426.

**V.**

Vinay 74.  
 Vitaliani 432.  
 Volland 329.  
 Vollmer 421.  
 Vossius 55, 92.  
 Vulpius 494.  
 Vulpius 563.

**W.**

Wagenmann 201.  
 Wagner 159.  
 Waldvogel 143.  
 Walther 488.  
 Walz 545.  
 Warda 401.  
 Wechselmann 394,  
 526.  
 Weir 158.  
 Welander 176.  
 Wendling 365.  
 Wenscher 269.  
 Werler 243, 502, 504.  
 Werner 321, 429.  
 Werthheimer 24.  
 Wicherkiewicz 490.  
 Wiener 135.  
 Wienskowitz 454.  
 Witthauer 202.  
 Withern 512.  
 Witzel 328.  
 Wolff 100, 120, 159.  
 Wolffberg 289, 491,  
 492.  
 Wyss 62.

**Z.**

Zabel 168.  
 Zacharias 352.  
 Zamazal 58.  
 Zangger 19.  
 Zeissl 287, 558.  
 Zinn 377.







UNIVER

OF MICHIGAN



3 9015 00976 9276

